



Garantire la corretta programmazione
e la rigorosa gestione
delle risorse pubbliche

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Rapporto n. 6

2017
2018
2019
2020



MINISTERO DELL'ECONOMIA E DELLE FINANZE
DIPARTIMENTO DELLA RAGIONERIA GENERALE DELLO STATO

IL MONITORAGGIO DELLA SPESA SANITARIA

Roma, luglio 2019

INDICE

Introduzione.....	1
Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento	5
CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio.....	7
1.1 - Premessa.....	7
1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN.....	7
1.2.1 - Analisi degli andamenti generali	7
1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	11
1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2018.....	18
1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE	20
1.3.1 - Analisi degli andamenti generali	20
1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa	27
CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2018	53
2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2018	53
2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro	64
2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2018.....	69
2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro	69
Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali	85
CAPITOLO 3 - Evoluzione Sistema tessera sanitaria.....	93
3.1 - Aggiornamenti delle procedure del Sistema TS	93
3.1.1 - Premessa	93
3.1.2 - Dematerializzazione delle ricette mediche	93
3.1.3 - Dematerializzazione della ricetta veterinaria	95
3.1.4 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN 95	96
3.1.5 - Collaborazioni con ISTAT	96
3.1.6 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS.....	96
3.1.7 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	100
3.1.8 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)	101
3.1.9 - Certificati telematici di malattia	101
3.1.10 - Fatturazione elettronica e corrispettivi	101
3.1.11 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	102
3.2 - Spesa sanitaria sostenuta dai cittadini.....	104

3.2.1 - Evoluzioni	104
3.2.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie	105
3.2.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016, 2017 e 2018.....	105
3.2.4 - La spesa veterinaria	107
3.3 - Profilo per età della spesa sanitaria.....	108
3.3.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione	108
3.3.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata	108
3.3.3 - Spesa per l'assistenza specialistica.....	112
Sezione II - Nota tecnico-illustrativa.....	115
CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo	117
4.1 - Premessa.....	117
4.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria	117
4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale.....	121
4.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati e sistema di monitoraggio	121
4.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004).....	125
4.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi.....	129
4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente.....	132
4.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento.....	134
4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico	136
Box 4.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi.....	138
Box 4.2 - Procedura di ripartizione regionale del finanziamento del settore sanitario pubblico	140
Box 4.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I livelli essenziali di assistenza	142
Box 4.4 – Strumenti di controllo della spesa farmaceutica – il <i>pay-back</i>	144
CAPITOLO 5 - Piani di rientro	147
5.1 - Premessa.....	147
5.2 - Caratteristiche dei piani di rientro.....	148
5.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro	149
5.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia	150
5.5 - Attuazione dei piani di rientro.....	151
5.6 - Attività di affiancamento	151
5.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro.....	152
5.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento.....	153
5.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi	154
5.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010	155
5.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro.....	157
5.12 - Piani di rientro aziendali.....	158

5.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro.....	159
CAPITOLO 6 - Tessera sanitaria.....	161
6.1 - Sistema Tessera Sanitaria	161
6.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS	163
6.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate.....	163
6.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica.....	165
6.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche.....	165
6.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN	167
6.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN	168
6.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito.....	168
6.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR).....	171
6.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS).....	171
6.6 - Certificati telematici di malattia.....	172
6.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)	173
6.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata	177
6.8.1 - Fasi di attuazione.....	177
6.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie.....	181
6.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017	181
Box 6.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto	183
CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011	185
7.1 - Premessa.....	185
7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011.....	185
7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione	190
7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale	193
7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR	194
Bibliografia	197

INDICE DELLE FIGURE

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	8
Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2002-2018 (<i>valori in milioni di euro</i>).....	11
Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2002-2018 (<i>composizioni percentuali</i>)	12
Fig. 1.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	13
Fig. 1.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	14
Fig. 1.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	15
Fig. 1.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	16
Fig. 1.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	17
Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	18
Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente media di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	24
Fig. 1.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>)	26
Fig. 1.12: spesa media per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>).....	31
Fig. 1.13: spesa media per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	35
Fig. 1.14: spesa media per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni –Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	39
Fig. 1.15: spesa media per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>).....	43
Fig. 1.16: spesa media per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>).....	47
Fig. 1.17: spesa media per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>).....	51

Fig. 3.1: Peso% Ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica erogate sul Totale delle ricette erogate	94
Fig. 3.2: Peso% Ricette dematerializzate erogate di specialistica rispetto al Totale delle ricette erogate – Anno 2019 (gen-mag).....	94
Fig. 3.3: FSE attivati con rilascio consenso (<i>% popolazione</i>).....	103
Fig. 3.4: spesa sanitaria privata 2018 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione	107
Fig. 3.5: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2018.....	110
Fig. 3.6: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2018	110
Fig. 3.7: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2018.....	110
Fig. 3.8: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2018	111
Fig. 3.9: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2018.....	113
Fig. 3.10: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2018	113
Fig. 3.11: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2018.....	113
Fig. 3.12: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2018	114
Fig. 4.1: attuazione procedura del comma 174 della L 311/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre	128
Fig. 6.1: sistema TS – Descrizione del processo	164
Fig. 6.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito.....	170
Fig. 6.3: Tessera Sanitaria - fronte	172
Fig. 6.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)	172
Fig. 6.5: FSE – Contesto normativo di riferimento	174
Fig. 6.6: FSE – Interoperabilità.....	175
Fig. 6.7: FSE – INI: Tipologie di consenso e servizi	176

Fig. 6.8: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS	177
---	-----

INDICE DELLE TABELLE

Tab. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali</i>)	9
Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (<i>variazioni percentuali</i>)	10
Tab. 1.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali</i>)	10
Tab. 1.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	22
Tab. 1.5: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro e medi</i>).....	23
Tab. 1.6: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro</i>).....	25
Tab. 1.7: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2018.....	27
Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	29
Tab. 1.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018.....	30
Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	33
Tab. 1.11: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018	34
Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	37
Tab. 1.13: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018.....	38
Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>).....	41
Tab. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018.....	42

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	45
Tab. 1.17: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018	46
Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2018 (<i>valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali</i>)	49
Tab. 1.19: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018	50
Tab. 3.1: Ricette dematerializzate erogate, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2019 (gen-mag) - (<i>mln di unità</i>)	93
Tab. 3.2: spesa sanitaria lorda per le prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2016-2018 (<i>valori in euro e variazioni percentuali</i>)	96
Tab. 3.3: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte I	97
Tab. 3.4: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte II	98
Tab. 3.5: Regole regionali sulla compartecipazione specialistica	99
Tab. 3.6: Compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2018 (<i>valori in miliardi di euro</i>)	100
Tab. 3.7: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2018 (<i>valori in miliardi di euro e variazioni assolute e percentuali</i>)	105
Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2018 (<i>valori in miliardi di euro, variazioni assolute e percentuali</i>)	106
Tab. 3.9: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2018 (<i>valori in milioni di euro e variazioni assolute</i>)	107
Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2018	152
Tab. 6.1: caratteristiche del Sistema TS	165
Tab. 6.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS	168

Introduzione

La Costituzione italiana riconosce e tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e come interesse della collettività (art. 32). In relazione a tale principio è stato istituito con la L 833/1978 il Servizio sanitario nazionale (SSN), pubblico, basato sui principi di universalità, uniformità e solidarietà. Esso garantisce l'accesso all'assistenza sanitaria a tutti i cittadini, sulla base dei bisogni di ciascuno, senza la selezione del rischio. Con la suddetta riforma è stato superato il precedente sistema mutualistico, il quale era basato sulla contribuzione dei singoli lavoratori ed assicurava l'assistenza sanitaria ad una parte della popolazione.

Secondo l'articolazione delle competenze dettata dalla Costituzione italiana (art. 117), la funzione sanitaria pubblica è esercitata da due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA), l'ammontare complessivo delle risorse finanziarie necessarie al loro finanziamento e che presiede il monitoraggio della relativa erogazione, e le regioni, che hanno il compito di organizzare i rispettivi Servizi sanitari regionali (SSR) e garantire l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

La presenza di due livelli di governo rende necessaria la definizione di un sistema di regole che ne disciplini i rapporti di collaborazione nel rispetto delle specifiche competenze. Ciò al fine di realizzare una gestione della funzione sanitaria pubblica che sia capace di coniugare le istanze dei cittadini in termini di bisogni sanitari ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati in funzione degli obiettivi comunitari discendenti dal Patto di stabilità e crescita.

Come emerge dagli indicatori elaborati dall'Organizzazione per la cooperazione e lo sviluppo economico¹ e dall'Organizzazione mondiale della sanità², la *performance* del nostro SSN si colloca ai primi posti nel contesto europeo e mondiale, per la qualità delle prestazioni, nonché per l'equità e l'universalità di accesso alle cure. Il miglioramento del livello generale delle condizioni di salute e la salvaguardia dello stato di benessere psico-fisico della popolazione costituiscono un risultato importante sotto il profilo del soddisfacimento dei bisogni sanitari. Inoltre, presenta risvolti positivi anche in termini di contenimento della spesa sociale.

Tuttavia, il mantenimento degli *standard* qualitativi raggiunti rende indispensabile affrontare il tema della sostenibilità dei costi del sistema sanitario pubblico in presenza di livelli di finanziamento condizionati dai vincoli finanziari necessari per il rispetto degli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria. Ciò richiede che si prosegua nell'azione di consolidamento e di rafforzamento delle attività di monitoraggio dei costi e della qualità delle prestazioni erogate nelle diverse articolazioni territoriali del SSN, in coerenza con l'azione svolta negli ultimi anni.

¹ OECD (2018).

² WHO (2019).

Negli ultimi quindici anni, in particolare, il SSN è stato interessato da importanti interventi di riforma che, gradualmente, hanno delineato un articolato sistema di *governance*, che ha consentito di migliorare l'efficienza del settore, anche attraverso un'analisi selettiva delle criticità, fermo restando il principio della garanzia del diritto alla salute costituzionalmente garantito ed il rispetto dei vincoli di bilancio programmati.

Gli interventi più significativi del processo di riforma hanno riguardato: la sottoscrizione di specifiche Intese tra Stato e Regioni, con finalità programmatiche e di coordinamento dei rispettivi ambiti di competenza, l'introduzione ed il potenziamento di un sistema di rilevazione contabile economico-patrimoniale, l'attivazione di specifici Tavoli di verifica degli equilibri finanziari e della qualità delle prestazioni erogate dal settore sanitario.

Nella regolamentazione dei rapporti fra lo Stato e le Regioni, costituiscono strumenti essenziali del sistema di *governance*: l'obbligo regionale di garantire l'equilibrio nel settore sanitario con riferimento a ciascun anno, tramite l'integrale copertura degli eventuali disavanzi sanitari da parte delle regioni che li hanno determinati; l'obbligo della redazione di un Piano di rientro per le regioni con disavanzi sanitari superiori alla soglia fissata per legge fino al commissariamento della funzione sanitaria, qualora il Piano di rientro non sia adeguatamente redatto o non sia attuato nei tempi e nei modi previsti.

L'attività di analisi e monitoraggio della gestione della spesa sanitaria a livello regionale ha dimostrato che una gestione non efficiente delle risorse finanziarie in campo sanitario, oltre a determinare rilevanti disavanzi, comporta molto spesso una cattiva qualità dei servizi assicurati ai cittadini. Ne è una conferma il fatto che in tutte le regioni sottoposte ai Piani di rientro dai deficit sanitari si è registrato, contestualmente alla riduzione del disavanzo, anche un miglioramento nell'erogazione dei LEA, seppure in misura non uniforme e con diversa velocità. Queste evidenze rafforzano l'esigenza di un monitoraggio costante dell'andamento della spesa sanitaria, nonché l'esigenza di individuare le pratiche migliori che emergono nei diversi modelli organizzativi presenti a livello regionale, favorendone la diffusione.

Il rafforzamento dell'azione di governo del sistema sanitario, con l'adozione di interventi incisivi in tutte quelle situazioni che evidenziano inefficienza o inappropriately nella produzione ed erogazione delle prestazioni, costituisce uno strumento efficace anche nel fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche. L'esperienza in tale ambito, ha mostrato che esistono margini di efficientamento e di razionalizzazione del sistema che possono essere utilmente attivati per far fronte agli effetti dell'invecchiamento della popolazione senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi erogati.

Nell'ambito del processo di potenziamento del sistema di *governance*, la realizzazione del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) ha rappresentato una tappa importante. Tale progetto prevede, infatti, l'implementazione di un sistema informativo delle prescrizioni mediche in grado di potenziare il monitoraggio della spesa sanitaria e la verifica della appropriatezza prescrittiva, attraverso la rilevazione, su tutto il territorio nazionale, dei dati relativi alle ricette mediche. Tali funzionalità sono state ulteriormente ampliate sia in riferimento alla trasmissione delle spese mediche per il 730 precompilato che all'implementazione, più di recente, del sistema di interoperabilità del Fascicolo sanitario elettronico.

Il presente rapporto è strutturato in 2 sezioni. Nella prima sezione sono contenute informazioni e dati aggiornati rispetto a quelli contenuti nel rapporto n.5. In particolare, nel Capitolo 1 viene fornita una rendicontazione quantitativa degli effetti finanziari e di struttura conseguenti al sistema di *governance*, con riferimento sia ai dati di Contabilità

nazionale che ai dati di Conto economico, questi ultimi articolati anche a livello regionale. Il capitolo contiene l'aggiornamento dei dati al 2018. Il Capitolo 2 espone le risultanze delle riunioni di verifica dei tavoli tecnici, tenutesi nei primi mesi dell'anno 2019 e relative al risultato di gestione del settore sanitario regionale dell'anno 2018. Infine, il Capitolo 3 illustra lo stato di avanzamento raggiunto dal Sistema TS, anche in relazione ai compiti aggiuntivi assegnati dalla normativa vigente. Il capitolo fornisce, inoltre, l'aggiornamento di alcune indicazioni quantitative sulla spesa farmaceutica e specialistica desunte dall'archivio dei dati rilevati.

La seconda sezione contiene le principali informazioni di contesto relative al quadro normativo che regola il settore sanitario e, pertanto, rispetto alla precedente edizione del Rapporto, non contiene novità di rilievo, se non quelle relative all'evoluzione legislativa registratasi nell'ultimo anno. In particolare, il Capitolo 4 illustra gli aspetti principali della *governance* nel settore a partire dal 2001, anno della riforma del Titolo V della Costituzione. I restanti Capitoli contengono un focus sui Piani di rientro, il Sistema TS e il Titolo II del decreto legislativo 118/2011, che ha modificato, a partire dal 2012, le regole contabili nel settore sanitario.

Sezione I – Monitoraggio spesa sanitaria - Aggiornamento

CAPITOLO 1 - Analisi degli effetti della progressiva implementazione del sistema di monitoraggio

1.1 - Premessa

Il presente capitolo intende offrire, attraverso l'analisi degli andamenti della spesa sanitaria, in termini sia di contabilità nazionale, sia di contabilità economica, in un arco temporale pluriennale, una valutazione degli effetti prodotti dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* nel settore sanitario, avuto riguardo, in particolare, al controllo delle dinamiche di spesa. Gli aggregati di spesa sanitaria che saranno oggetto dell'analisi sviluppata nei successivi paragrafi sono definiti nella Sezione II del presente rapporto.

1.2 - Spesa sanitaria corrente di CN

1.2.1 - Analisi degli andamenti generali

La dinamica della spesa sanitaria corrente di CN ha subito nel tempo un forte rallentamento. A fronte di un tasso di crescita medio annuo del 6,4% nel quadriennio 2003-2006, il tasso di crescita del quinquennio successivo scende all'1,8%. Tale andamento si è ulteriormente consolidato nel periodo 2012-2018, dove la spesa sanitaria registra un tasso di variazione medio annuo pari allo 0,4% (Fig. 1.1).

Il risultato aggregato riflette, tuttavia, andamenti differenziati delle principali componenti della spesa sanitaria (Tab. 1.1), che saranno oggetto di specifica analisi nei paragrafi successivi.

Il contenimento della dinamica della spesa sanitaria ha consentito, fra l'altro, la sostanziale stabilizzazione della spesa in rapporto al PIL, nonostante le dinamiche di crescita fortemente ridimensionate per effetto della crisi economica.

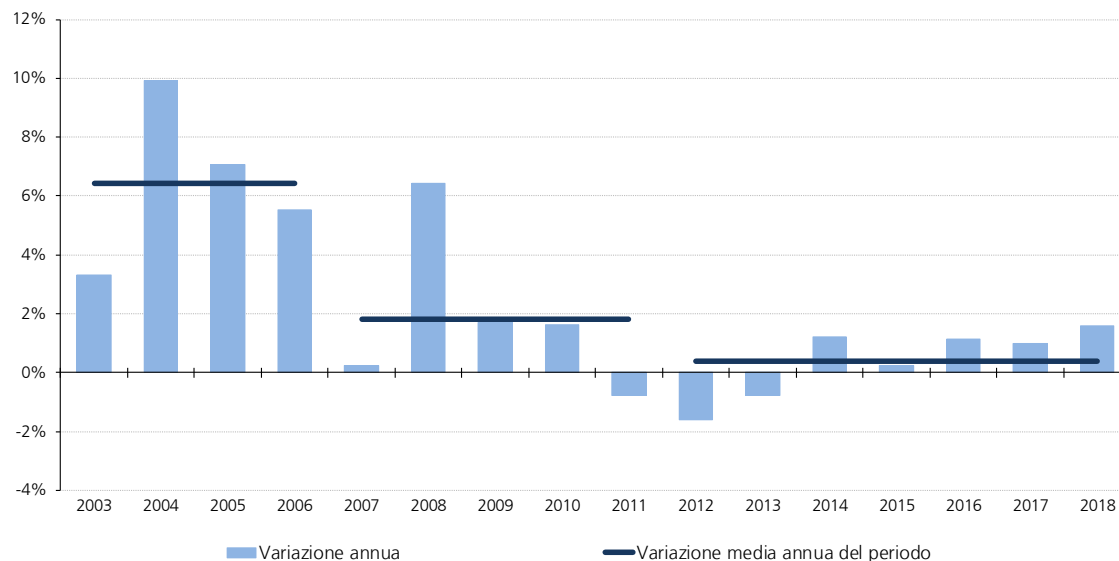
Nel periodo 2002-2007, la spesa sanitaria è cresciuta in rapporto al PIL in misura significativa, passando dal 5,9% al 6,4%, pur in presenza di una dinamica di crescita del denominatore del 3,6% medio annuo in termini nominali (Tab. 1.3).

A partire dal 2008, il tasso di crescita del PIL nominale è risultato molto più contenuto e addirittura negativo in alcuni anni. La spesa sanitaria in rapporto al PIL, si è attestata al 7,1%, negli anni più acuti della crisi, nonostante la contenuta dinamica della stessa spesa in termini assoluti. Dal 2011, il rapporto scende di qualche decimo di punto percentuale e, nonostante la bassa crescita economica mediamente registrata nel periodo, si attesta al 6,6% nel 2018.

Il sensibile rallentamento della dinamica della spesa sanitaria può essere valutato anche attraverso il confronto fra gli andamenti della spesa sanitaria corrente di CN e i valori del finanziamento del SSN cui concorre ordinariamente lo Stato³.

In particolare, può osservarsi che, nel periodo 2003-2006, la spesa sanitaria corrente presentava un tasso di crescita medio annuo più elevato di quello del finanziamento ordinario di circa 1,4 punti percentuali. Tale differenza, invece, diventava successivamente negativa attestandosi, mediamente, a -1,2 punti percentuali nel quinquennio 2007-2011 e a -0,4 punti percentuali nel periodo 2012-2018.

Fig. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2019. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, la spesa sanitaria corrente è quantificata al netto degli interessi passivi.

Deve peraltro osservarsi che il dato della spesa sanitaria corrente di CN contiene anche una quota relativa alla spesa effettuata dagli altri enti della PA diversi dagli ESL che trova copertura nei rispettivi bilanci. In relazione a ciò, il confronto tra finanziamento ordinario del SSN e spesa sanitaria corrente di CN è utile a illustrare, in una prospettiva intertemporale, i risultati della *governance* del settore sanitario in termini di contenimento della dinamica della spesa (Fig. 1.2).

³ Il finanziamento ordinario comprende le voci di entrata tra cui l'IRAP e l'addizionale IRPEF, il fabbisogno sanitario DLgs 56/2000, la compartecipazione delle Regioni a statuto speciale e delle Province autonome di Trento e Bolzano, le entrate proprie "cristallizzate" e le quote vincolate a carico dello Stato.

Tab. 1.1: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro e composizioni percentuali)

Voci di spesa	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
<i>Valori assoluti in milioni di euro</i>																	
Redditi da lavoro dipendente	29.520	29.832	32.735	34.116	36.802	34.610	38.062	37.143	37.862	36.789	36.145	35.670	35.422	35.082	34.875	34.691	35.540
Consumi intermedi	15.173	16.338	18.253	20.219	21.519	23.372	25.242	26.830	27.422	28.456	28.750	28.436	29.331	30.235	31.705	32.985	33.533
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	31.251	32.174	35.238	37.533	38.499	38.819	39.583	40.795	41.319	40.195	39.218	39.337	39.956	39.470	39.493	39.496	40.345
- Farmaceutica convenzionata	11.722	11.096	11.988	11.849	12.334	11.543	11.226	10.997	10.913	9.862	8.905	8.616	8.392	8.245	8.100	7.624	7.581
- Assistenza medico-generica da convenzione	4.613	4.795	5.020	6.453	5.930	6.076	6.079	6.949	6.984	6.724	6.710	6.666	6.663	6.654	6.690	6.675	6.821
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	14.916	16.283	18.230	19.231	20.235	21.200	22.278	22.849	23.422	23.609	23.603	24.055	24.901	24.571	24.703	25.197	25.943
Altre componenti di spesa di cui interessi passivi ^(a)	4.030	4.288	4.602	5.364	5.801	6.057	6.597	6.559	6.528	6.815	6.348	6.171	6.252	6.437	6.431	6.439	5.992
Spesa sanitaria corrente di CN	79.974	82.632	90.828	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410
<i>Composizioni percentuali</i>																	
Redditi da lavoro dipendente	36,9%	36,1%	36,0%	35,1%	35,9%	33,6%	34,8%	33,4%	33,5%	32,8%	32,7%	32,5%	31,9%	31,5%	31,0%	30,5%	30,8%
Consumi intermedi	19,0%	19,8%	20,1%	20,8%	21,0%	22,7%	23,1%	24,1%	24,2%	25,3%	26,0%	25,9%	26,4%	27,2%	28,2%	29,0%	29,1%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	39,1%	38,9%	38,8%	38,6%	37,5%	37,7%	36,2%	36,6%	36,5%	35,8%	35,5%	35,9%	36,0%	35,5%	35,1%	34,8%	35,0%
- Farmaceutica convenzionata	14,7%	13,4%	13,2%	12,2%	12,0%	11,2%	10,3%	9,9%	9,6%	8,8%	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,7%	6,6%
- Assistenza medico-generica da convenzione	5,8%	5,8%	5,5%	6,6%	5,8%	5,9%	5,6%	6,2%	6,2%	6,0%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	5,9%	5,9%	5,9%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	18,7%	19,7%	20,1%	19,8%	19,7%	20,6%	20,3%	20,5%	20,7%	21,0%	21,4%	21,9%	22,4%	22,1%	22,0%	22,2%	22,5%
Altre componenti di spesa	5,0%	5,2%	5,1%	5,5%	5,7%	5,9%	6,0%	5,9%	5,8%	6,1%	5,7%	5,6%	5,6%	5,8%	5,7%	5,7%	5,2%
Spesa sanitaria corrente di CN	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Fonte: Istat. Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

^(a) A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

Tab. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Voci di spesa	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Redditi da lavoro dipendente	1,1%	9,7%	4,2%	7,9%	-6,0%	10,0%	-2,4%	1,9%	-2,8%	-1,8%	-1,3%	-0,7%	-1,0%	-0,6%	-0,5%	2,4%
Consumi intermedi	7,7%	11,7%	10,8%	6,4%	8,6%	8,0%	6,3%	2,2%	3,8%	1,0%	-1,1%	3,1%	3,1%	4,9%	4,0%	1,7%
Prestazioni sociali in natura: beni e servizi da produttori market	3,0%	9,5%	6,5%	2,6%	0,8%	2,0%	3,1%	1,3%	-2,7%	-2,4%	0,3%	1,6%	-1,2%	0,1%	0,0%	2,1%
- Farmaceutica convenzionata	-5,3%	8,0%	-1,2%	4,1%	-6,4%	-2,7%	-2,0%	-0,8%	-9,6%	-9,7%	-3,2%	-2,6%	-1,8%	-1,8%	-5,9%	-0,6%
- Assistenza medico-generica da convenzione	3,9%	4,7%	28,5%	-8,1%	2,5%	0,0%	14,3%	0,5%	-3,7%	-0,2%	-0,7%	0,0%	-0,1%	0,5%	-0,2%	2,2%
- Altre prestazioni sociali in natura da privato	9,2%	12,0%	5,5%	5,2%	4,8%	5,1%	2,6%	2,5%	0,8%	0,0%	1,9%	3,5%	-1,3%	0,5%	2,0%	3,0%
Altre componenti di spesa ^(a)	6,4%	7,3%	16,6%	8,1%	4,4%	8,9%	-0,6%	-0,5%	4,4%	-6,9%	-2,8%	1,3%	3,0%	-0,1%	0,1%	-6,9%
Spesa sanitaria corrente di CN	3,3%	9,9%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	0,2%	1,2%	1,0%	1,6%

Fonte: Istat. Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019.

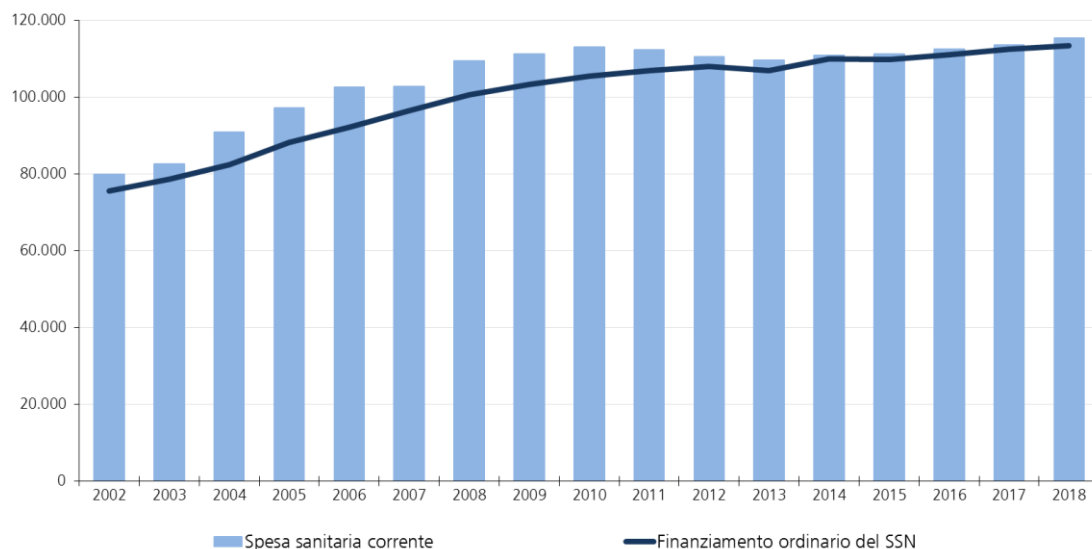
^(a) A decorrere dal 2013: a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

Tab. 1.3: finanziamento ordinario del SSN, spesa sanitaria corrente di CN e PIL – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro e variazioni percentuali)

	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Finanziamento ordinario del SSN ^(a)	75.652	78.570	82.404	88.195	92.173	96.551	100.577	103.298	105.398	106.905	107.961	107.005	109.928	109.715	111.002	112.577	113.404
% del PIL	5,6%	5,6%	5,7%	5,9%	6,0%	6,0%	6,2%	6,6%	6,6%	6,5%	6,7%	6,7%	6,8%	6,6%	6,6%	6,5%	6,5%
Variazione %		3,9%	4,9%	7,0%	4,5%	4,7%	4,2%	2,7%	2,0%	1,4%	1,0%	-0,9%	2,7%	-0,2%	1,2%	1,4%	0,7%
Spesa sanitaria corrente di CN ^(a)	79.974	82.632	90.828	97.232	102.621	102.858	109.484	111.327	113.131	112.255	110.461	109.614	110.961	111.224	112.504	113.611	115.410
% del PIL	5,9%	5,9%	6,3%	6,5%	6,6%	6,4%	6,7%	7,1%	7,1%	6,9%	6,8%	6,8%	6,8%	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%
Variazione %		3,3%	9,9%	7,1%	5,5%	0,2%	6,4%	1,7%	1,6%	-0,8%	-1,6%	-0,8%	1,2%	0,2%	1,2%	1,0%	1,6%
Prodotto interno lordo ai prezzi di mercato ^(a)	1.345.794	1.390.710	1.448.363	1.489.726	1.548.473	1.609.551	1.632.151	1.572.878	1.604.515	1.637.463	1.613.265	1.604.599	1.621.827	1.652.085	1.689.824	1.727.382	1.756.982
Variazione %		3,3%	4,1%	2,9%	3,9%	3,9%	1,4%	-3,6%	2,0%	2,1%	-1,5%	-0,5%	1,1%	1,9%	2,3%	2,2%	1,7%

^(a) Fonte: Disposizioni normative e relative intese tra lo Stato e le Regioni.^(b) Fonte: Istat. Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, la spesa sanitaria corrente è quantificata al netto degli interessi passivi.^(c) Fonte: Istat. Conti e aggregati economici nazionali annuali con validazione a prezzi correnti, Aprile 2019. Valori assoluti scaricabili dalla banca dati disponibile all'indirizzo <http://dati.istat.it>.

Fig. 1.2: spesa sanitaria corrente di CN e finanziamento ordinario del SSN - Anni 2002-2018 (valori in milioni di euro)



La valutazione in termini di saldo fra risorse finanziarie e spesa sanitaria deve essere, invece, effettuata più correttamente con riferimento alla definizione di spesa sanitaria corrente di CE.

1.2.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

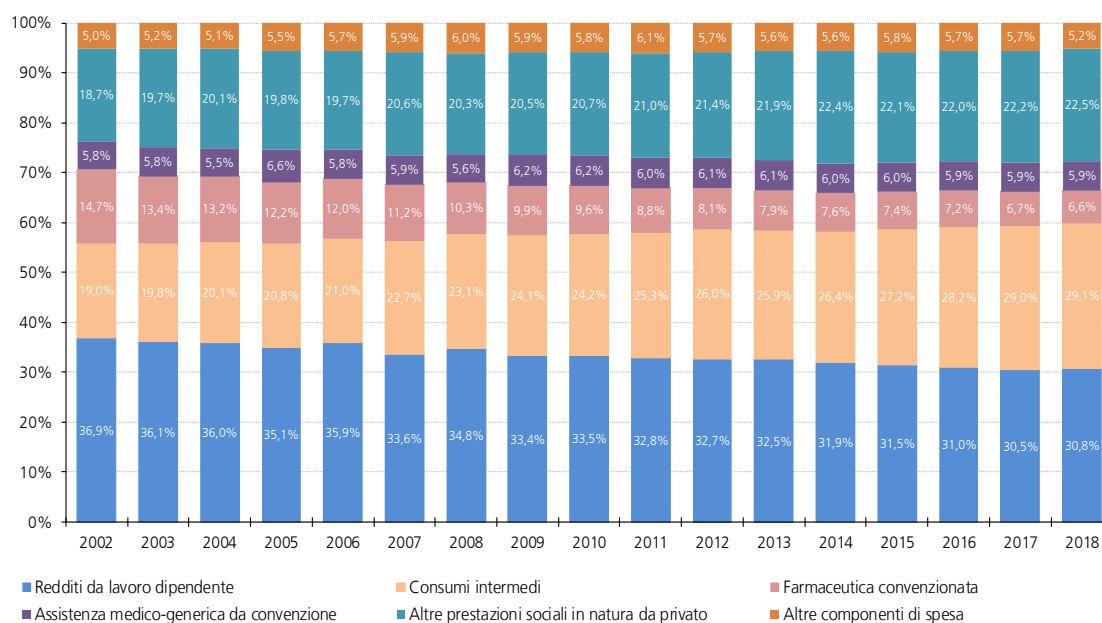
Nel paragrafo precedente si è evidenziato un forte rallentamento delle dinamiche di crescita della spesa sanitaria, fino a un sostanziale azzeramento del tasso medio annuo dell'ultimo periodo.

Tale processo ha, di fatto, interessato, tutte le principali componenti di spesa ed è in larga parte spiegato dalla progressiva implementazione del sistema di *governance* e del quadro normativo di riferimento.

Tuttavia, l'intensità con cui tale processo si è prodotto nel tempo risulta notevolmente differenziata per componente di spesa, sia con riferimento all'effetto di contenimento complessivo nell'intero periodo analizzato che in termini di profilo temporale.

Ciò ha determinato, fra l'altro, una significativa ricomposizione dell'incidenza delle singole componenti di spesa rispetto all'aggregato complessivo (Fig. 1.3).

Fig. 1.3: spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2002-2018 (composizioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi. La somma delle percentuali relative ai vari aggregati può non corrispondere con il totale per effetto degli arrotondamenti.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per i redditi da lavoro dipendente rappresenta, nel 2018, il 30,8% della spesa complessiva. Tale percentuale risulta sensibilmente ridotta rispetto a quella del 2002 (36,9%), segnalando pertanto una dinamica inferiore a quella media. In particolare, il tasso di variazione medio annuo della spesa per i redditi da lavoro dipendente si attesta mediamente al 5,7% nel periodo 2003-2006, si azzerava nel periodo 2007-2011 e passa a -0,5% nel periodo 2012-2018 (Fig. 1.4).

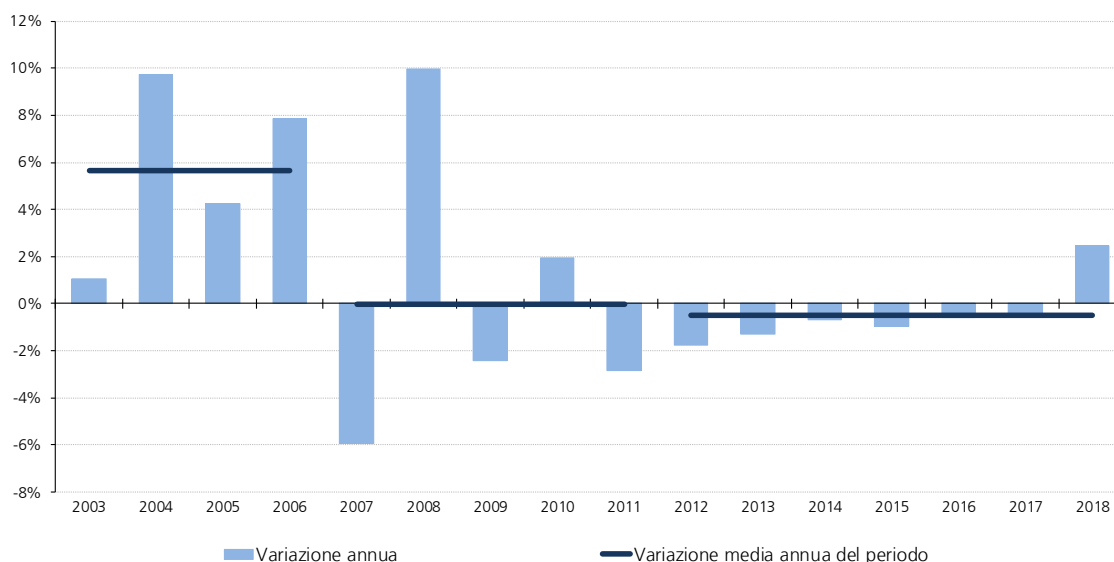
Il contenimento della dinamica dell'aggregato è sostanzialmente determinato dagli effetti delle politiche di blocco del *turn over* attuate dalle Regioni sotto piano di rientro e dalle misure di contenimento della spesa per il personale portate avanti autonomamente dalle altre Regioni, anche in relazione alla progressiva attuazione dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria previsti. Negli anni più recenti, la dinamica dell'aggregato risente, in via aggiuntiva, del blocco delle procedure contrattuali nonché della previsione di un limite al riconoscimento di incrementi retributivi al personale dipendente, che non poteva eccedere i livelli fissati dalle leggi, fatto salvo il riconoscimento dell'indennità di vacanza contrattuale⁴.

L'andamento annuale della suddetta voce di spesa è anche influenzato dai criteri di contabilizzazione degli oneri per i rinnovi dei contratti del personale dipendente. La spesa sanitaria di CN, infatti, come detto, in accordo con i criteri del SEC 2010, registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi, in quanto solo a seguito della sottoscrizione del contratto sorge l'obbligazione giuridica al riconoscimento degli aumenti contrattuali nonché di eventuali oneri per arretrati. Ad esempio, nel 2006, il dato di spesa per il personale sconta arretrati per circa 2.000 milioni di euro, originando un incremento rispetto all'anno precedente del 7,9%. Analogamente, nel 2008, insistono sul dato della spesa per il reddito da lavoro dipendente oneri arretrati relativi al contratto

⁴ Art. 16, co. 1, lett. b) del DL 98/2011, art. 1, co. 236 della L 208/2015 e art. 23, co. 2, del DLGS 75/2017.

del biennio economico 2006-2007, che determinano una variazione annua dell'aggregato pari al 10%. L'incremento registrato nel 2018 è dovuto al rinnovo dei contratti del personale del comparto per il quale, oltre agli oneri di competenza, sono stati registrati anche gli arretrati previsti relativi al biennio 2016-2017. Per il personale dirigente, invece, il rinnovo contrattuale per il triennio 2016-2018 non si è ancora perfezionato.

Fig. 1.4: spesa per i redditi da lavoro dipendente - Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2019.

Consumi intermedi. Nel 2018, la spesa per i consumi intermedi⁵ rappresenta il 29,1% della spesa complessiva, con un incremento significativo rispetto all'incidenza del 2002 (19%). Tale voce di spesa, pur presentando una progressiva riduzione della dinamica di crescita nel tempo, mantiene tuttavia un tasso di crescita medio annuo significativamente superiore al resto della spesa. In particolare, il tasso passa dal 9,1% del periodo 2003-2006, al 5,7% del quinquennio 2007-2011 e al 2,4% del periodo 2012-2018 (Fig. 1.5).

Con particolare riferimento all'ultimo intervallo temporale considerato, la significativa riduzione della dinamica dell'aggregato sconta le vigenti manovre di contenimento della spesa sanitaria per beni e servizi⁶. In particolare, si segnala:

- la riduzione del 10% dei corrispettivi per l'acquisto di beni e servizi (con esclusione dei farmaci ospedalieri) e dei corrispondenti volumi d'acquisto a decorrere dal 2013 e per tutta la durata residua dei contratti⁷ nonché l'obbligo per le aziende sanitarie di rinegoziare con i fornitori i contratti per l'acquisto di beni e servizi (con possibilità di recesso dagli stessi) qualora i prezzi unitari in essi previsti risultino superiori del 20% rispetto ai prezzi di riferimento individuati dall'Osservatorio per i contratti pubblici⁸;

⁵ Tale aggregato ricomprende la spesa per i prodotti farmaceutici.

⁶ DL 98/2011, DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, L 228/2012 (Stabilità 2013).

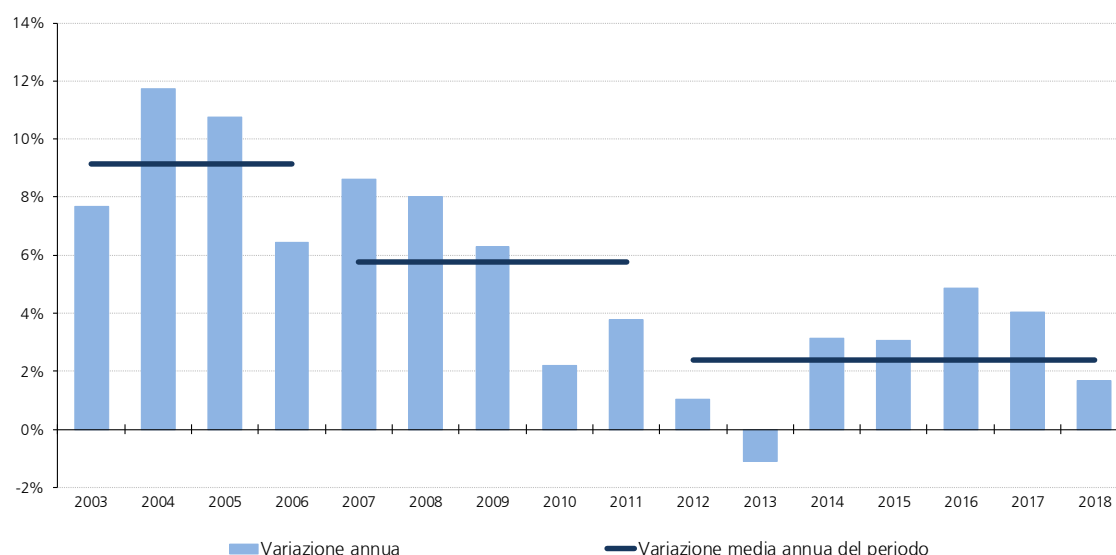
⁷ Art. 15, co. 13, lett. a) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 131, lett. a) della L 228/2012 (Stabilità 2013).

⁸ Art. 15, co. 13, lett. b) del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012.

- la fissazione di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, in misura pari al 4,4% del fabbisogno sanitario *standard*⁹;
- la rideterminazione del tetto sulla spesa farmaceutica ospedaliera al 3,5% fino al 2016 e a decorrere dal 2017 al 6,89% del fabbisogno sanitario *standard*, ricomprendendo anche la spesa per farmaci acquistati direttamente dagli enti del SSN;
- la messa a disposizione delle regioni, da parte dell'Autorità nazionale anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa.

Deve rilevarsi, peraltro, che l'andamento complessivo dell'aggregato sconta la dinamica della componente dei prodotti farmaceutici acquistati direttamente dalle aziende sanitarie, che registra tassi di crescita sostenuti sia a seguito della continua introduzione di costosi farmaci innovativi (specie in campo oncologico) sia per effetto delle politiche di incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci attuate in diversi SSR, con conseguente rimodulazione della spesa, dalla farmaceutica convenzionata ai prodotti farmaceutici.

Fig. 1.5: spesa per i consumi intermedi - Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2019.

Al netto della componente dei prodotti farmaceutici, gli altri consumi intermedi hanno evidenziato una dinamica più contenuta, con un tasso medio annuo nel periodo 2012-2018 pari allo 0,8%.

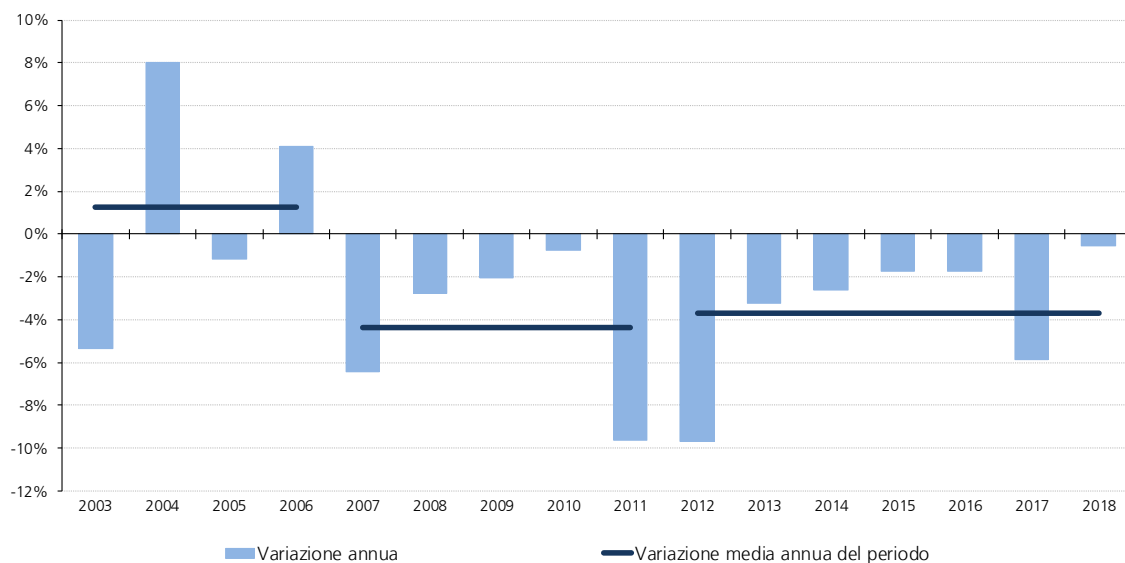
La spesa per le prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market* risulta scomposta nella spesa per la farmaceutica convenzionata, per l'assistenza medico-generica da convenzione e per altre prestazioni sociali in natura da

⁹ Art. 15, co. 13, lett. f) del DL 95/2012 convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come modificato da ultimo dall'art. 1, co. 131, lett. b) della L 228/2012 (Stabilità 2013).

privato. Tali componenti presentano caratteristiche e dinamiche anche significativamente diverse fra loro e, pertanto, verranno analizzate distintamente.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata passa da un incremento medio annuo dell'1,3% registrato nel periodo 2003-2006 a un tasso di variazione negativo del 4,4% nel periodo 2007-2011, attestandosi a -3,7% nel periodo 2012-2018 (Fig. 1.6). Conseguentemente, il peso percentuale sulla spesa sanitaria complessiva si riduce dal 14,7% del 2002 al 6,6% del 2018.

Fig. 1.6: spesa per la farmaceutica convenzionata - Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019.

Tale risultato scaturisce essenzialmente dagli strumenti di monitoraggio e di *governance* della spesa per la farmaceutica convenzionata progressivamente introdotti nel tempo. Fra questi, si ricorda, in primo luogo, la previsione di un tetto alla spesa per la farmaceutica territoriale, di cui fa parte la spesa per la farmaceutica in convenzione (fissato all'11,35% dal 2013 al 2016¹⁰) e di un tetto alla sola spesa farmaceutica convenzionata al 7,96% a decorrere dal 2017, con un meccanismo di recupero automatico, in caso di sfioramento del tetto, a carico delle aziende farmaceutiche (c.d. *pay-back*), dei farmacisti e dei grossisti.

In secondo luogo è da ricordare la predisposizione di un sistema di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, attraverso le procedure della ricetta elettronica *on-line* del Sistema tessera sanitaria, gestito dalla RGS¹¹.

Unitamente a ciò, l'andamento dell'aggregato di spesa è influenzato anche dal potenziamento della distribuzione diretta dei farmaci, con conseguente redistribuzione dei costi fra le voci della spesa farmaceutica convenzionata e della spesa per i prodotti farmaceutici, come già rilevato in precedenza.

¹⁰ La modalità di determinazione dei tetti relativi alla spesa farmaceutica è stata modificata a decorrere dal 2017, ai sensi dell'art. 1, commi 398-399 della L 232/2016.

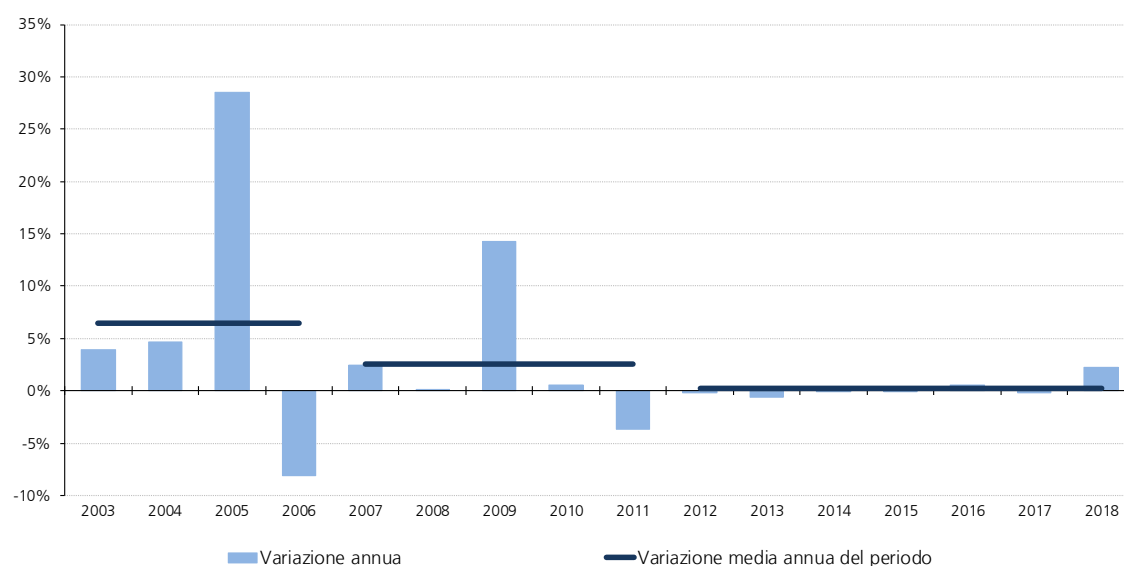
¹¹ Per maggiori dettagli si rinvia al capitolo dedicato.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione passa da un incremento medio annuo del 6,5% nel periodo 2003-2006 a un incremento del 2,5% nel periodo 2007-2011 (Fig. 1.7). Nel periodo 2012-2018, l'aggregato di spesa ha ridotto la dinamica di crescita, registrando un tasso medio annuo dello 0,2%. Il peso percentuale dell'aggregato sul totale della spesa sanitaria è stato pari al 5,9% nel 2018 e risulta sostanzialmente invariato rispetto al 2002 (5,8%).

Come per la spesa per i redditi da lavoro dipendente, anche la dinamica annuale delle prestazioni medico-generiche da convenzione è influenzata dalle regole di contabilizzazione del SEC 2010, le quali, come detto, prevedono che gli oneri per il rinnovo delle convenzioni ed eventuali arretrati siano imputati nell'anno di sottoscrizione della nuova convenzione. Tali modalità di contabilizzazione sono alla base degli incrementi particolarmente elevati registrati in taluni anni, come, ad esempio nel 2005 o nel 2009. Anche nel 2018 vi è stato il rinnovo delle convenzioni che ha implicato un contenuto incremento di spesa in quanto la sottoscrizione del nuovo accordo ha riguardato solo il biennio 2016-2017, rinviando gli oneri del 2018 all'anno seguente.

Deve osservarsi inoltre che, in analogia con quanto previsto per i redditi da lavoro dipendente, anche per il personale convenzionato è stato fissato un limite al riconoscimento di incrementi retributivi, che non poteva eccedere i limiti fissati dalla legge per cui si applicano al personale convenzionato le medesime regole previste per il personale dipendente¹².

Fig. 1.7: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione - Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019.

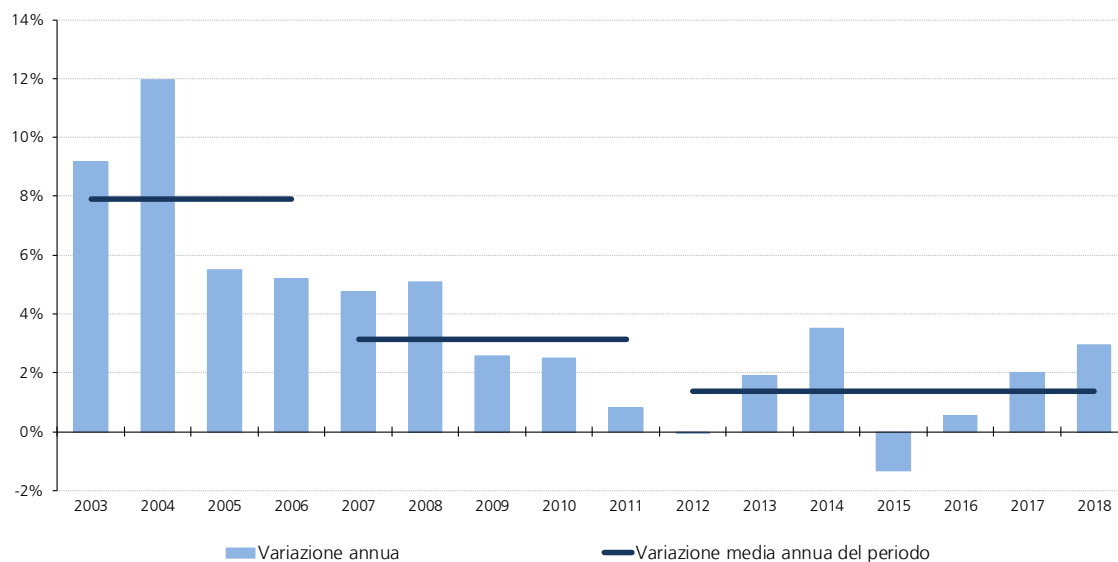
Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni da privato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN. L'aggregato passa da un incremento medio annuo del 7,9%, nel periodo 2003-2006, a un incremento medio annuo del 3,1% nel periodo 2007-2011, per poi rallentare nel periodo

¹² Art. 16, co. 2 del DL 98/2011, convertito dalla L 111/2011.

2012-2018 con un tasso di crescita medio annuo dell'1,4% (Fig. 1.8). La dinamica dell'aggregato resta tuttavia sensibilmente superiore a quella della complessiva spesa sanitaria, per cui l'incidenza relativa aumenta dal 18,7% del 2002, al 21% del 2011 e, infine, al 22,5% del 2018.

L'andamento dell'aggregato riflette il miglioramento del sistema di regolazione dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, in particolare nelle regioni sottoposte a piano di rientro. Tale regolazione si è realizzata essenzialmente attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale. La dinamica dell'aggregato sconta, inoltre, le misure di contenimento della spesa per prestazioni specialistiche e ospedaliere acquistate da operatori privati introdotte con il DL 95/2012¹³. Sconta inoltre gli effetti dei processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Fig. 1.8: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato - Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità, per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche e per prestazione, Aprile 2019.

Altre componenti di spesa. Le altre componenti di spesa ricomprendono le voci residuali che compongono la spesa sanitaria corrente di CN non considerate negli aggregati precedentemente analizzati. In particolare, sono incluse le imposte dirette, gli ammortamenti, il risultato netto di gestione, le contribuzioni diverse, le altre uscite¹⁴ e, con segno opposto, la produzione per uso proprio, la produzione di servizi vendibili e le vendite residuali¹⁵. L'aggregato passa da un incremento medio annuo del 9,5% nel periodo 2003-2006 a un incremento medio annuo del 3,3% nel periodo 2007-2011 (Fig. 1.9). Nel periodo 2012-2018, le altre componenti di spesa registrano un

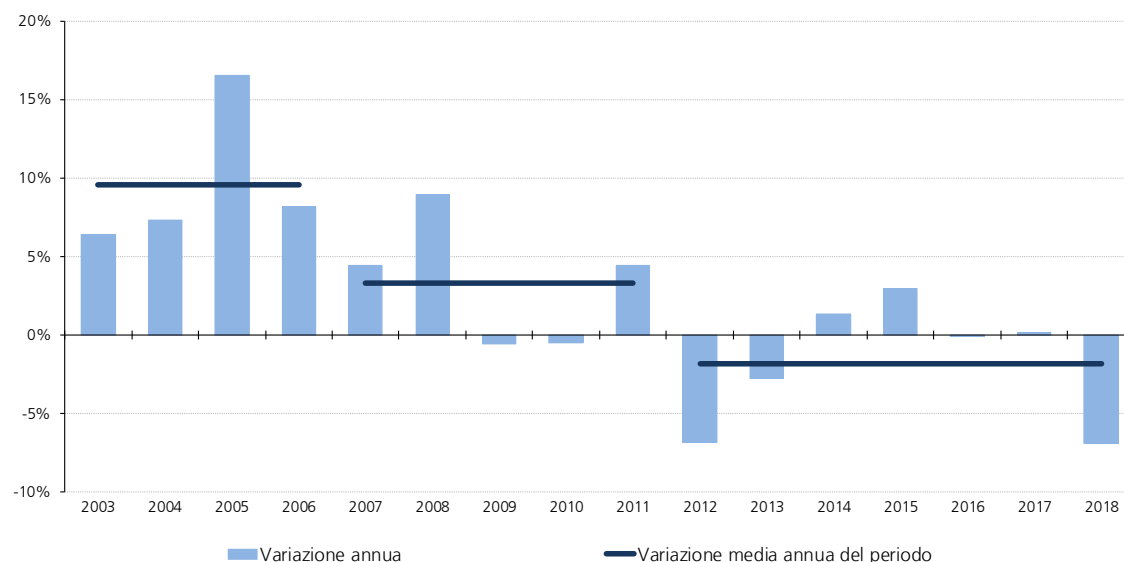
¹³ Art. 15, co. 14 del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall'art. 1, co. 574 della L 208/2015.

¹⁴ A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre uscite' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

¹⁵ In tali ultimi tre aggregati sono incluse per lo più voci di ricavo di CE impiegate in CN a sterilizzazione di componenti di costi.

rallentamento della propria dinamica, evidenziando una diminuzione media annua dell'1,8%. Il peso percentuale dell'aggregato sulla spesa sanitaria complessiva è, tuttavia, leggermente aumentato nel tempo, passando dal 5% del 2002 al 5,2% del 2018.

Fig. 1.9: altre componenti della spesa sanitaria corrente di CN – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Istat, Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche, Aprile 2019. A decorrere dal 2013, a seguito di una modifica dei criteri di classificazione contabile COFOG, le 'Altre Componenti di spesa' sono quantificate al netto degli interessi passivi.

1.2.3 - Risultati di CN per l'anno 2018

Nel 2018, la spesa sanitaria corrente di CN è risultata pari a 115.410 milioni di euro¹⁶, con un tasso di incremento dell'1,6% rispetto al 2017¹⁷. Con riferimento alle singole componenti di spesa, si evidenzia quanto segue¹⁸.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa è pari a 35.540 milioni di euro, in aumento del 2,4% rispetto al 2017. Tale dinamica è imputabile all'aumento connesso al rinnovo contrattuale per il personale del comparto. Sul 2018, oltre all'onere di competenza dell'anno, ricadono, infatti, anche i costi degli arretrati previsti per il 2016 e il 2017. L'incremento della spesa è comunque attenuato dai perduranti effetti positivi derivanti dagli strumenti di *governance* del settore sanitario introdotti dagli Accordi Stato-Regioni intervenuti in materia, incentrati principalmente sui seguenti fattori:

- il blocco del *turn over* in vigore nelle regioni sotto piano di rientro nell'ambito delle manovre di contenimento della dinamica della spesa;
- le politiche di contenimento delle assunzioni messe in atto autonomamente dalle regioni non sottoposte ai piani di rientro;

¹⁶ Per il 2018 si tiene conto delle informazioni di CE relative al quarto trimestre. Le stime per le annualità precedenti fanno, invece, riferimento ai valori di consuntivo.

¹⁷ Il tasso di crescita è inferiore a quello previsto nella Nota di aggiornamento del DEF 2018 pari al 2,4%, in relazione allo slittamento al 2019 dei rinnovi contrattuali relativi al triennio 2016-2018 del personale dipendente dirigente e dei rinnovi per il solo 2018 del personale convenzionato.

¹⁸ Ministero dell'economia e delle finanze (2019).

- gli automatismi introdotti dalla legislazione vigente in materia di rideterminazione dei fondi per i contratti integrativi in relazione al personale dipendente cessato.

Consumi intermedi. La spesa è pari a 33.533 milioni di euro, in crescita rispetto al 2017 dell'1,7%. La crescita complessiva dell'aggregato è determinata esclusivamente dalla dinamica della spesa per l'acquisto dei prodotti farmaceutici¹⁹ (+6,5%), in quanto la restante componente dei consumi intermedi denota una contrazione (-0,8%). Tale contrazione rifletterebbe le misure vigenti di contenimento della spesa per acquisto di beni e servizi, fra le quali:

- lo sviluppo dei processi di centralizzazione degli acquisti anche tramite l'utilizzo degli strumenti messi a disposizione da CONSIP e dalle centrali regionali;
- la messa a disposizione in favore delle regioni, da parte dell'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC), dei prezzi di riferimento di un insieme di beni e servizi, quale strumento di programmazione e controllo della spesa;
- la fissazione, in ciascuna regione, di un tetto alla spesa per l'acquisto di dispositivi medici, pari al 4,4% del fabbisogno sanitario regionale *standard*²⁰.

Prestazioni sociali in natura corrispondenti a beni e servizi prodotti da produttori *market*. La spesa è pari a 40.345 milioni di euro, in aumento rispetto al 2017 (+2,1%). Con riferimento alle principali componenti dell'aggregato, si registra quanto segue:

- la spesa per l'assistenza farmaceutica convenzionata è pari a 7.581 milioni di euro, in riduzione dello 0,6% rispetto al 2017. Tale risultato conferma la tendenza in riduzione registrata negli ultimi anni, a seguito delle misure di contenimento previste dalla legislazione vigente e, in particolare, della fissazione di un tetto di spesa²¹, con attivazione del meccanismo automatico del *pay-back*;
- la spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è pari a 6.821 milioni di euro, superiore al valore del 2017 (+2,2%) per l'effetto connesso all'imputazione nel 2018 dei costi degli arretrati relativi al rinnovo delle convenzioni per il biennio 2016-2017;
- la spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato (ospedaliero, specialistiche, riabilitative, integrative ed altra assistenza) è pari a 25.943 milioni di euro, in aumento del 3% rispetto all'anno precedente. La dinamica di tale componente di spesa risente:
 - di una migliore regolazione, in particolare nelle regioni sotto piano di rientro, dei volumi di spesa per le prestazioni sanitarie acquistate da operatori privati accreditati, realizzata attraverso la definizione di tetti di spesa e l'attribuzione di *budget*, con il perfezionamento dei relativi contratti in tempi coerenti con la programmazione regionale;

¹⁹ Fra i prodotti farmaceutici sono ricompresi i farmaci acquistati dagli ESL per essere impiegati all'interno delle strutture ospedaliere o per essere erogati attraverso il canale della distribuzione diretta. Su tale spesa incide fortemente l'acquisto di farmaci innovativi costosi, tra i quali quelli oncologici e quelli per la cura dell'epatite C.

²⁰ Tale tetto, originariamente introdotto dall'art. 17, co. 2 del DL 98/2011, è stato fissato al 4,4% dall'art. 1, co. 131, lett. b) della L 228/2012 (Stabilità 2013).

²¹ A decorrere dal 2017, il tetto per la spesa farmaceutica convenzionata è pari al 7,96% del finanziamento cui concorre ordinariamente lo Stato (art. 1, co. 399 della L 232/2016).

- dell’effetto delle disposizioni previste dalla normativa vigente sugli importi e sui volumi di acquisto di prestazioni, erogate da soggetti privati accreditati, per l’assistenza specialistica e ospedaliera²²;
- dell’onere connesso al pagamento degli arretrati relativi al biennio 2016-2017 per il rinnovo delle convenzioni dell’assistenza specialistica dei professionisti della medicina ambulatoriale.

Altre componenti di spesa. Il livello di spesa è pari a 5.992 milioni di euro, con un decremento del 6,9% rispetto al 2017.

1.3 - Spesa sanitaria corrente di CE

1.3.1 - Analisi degli andamenti generali

La spesa sanitaria corrente di CE²³ è passata nel periodo 2002-2018 da 78.977 milioni di euro a 116.000 milioni di euro (Tab. 1.4), con un incremento in valore assoluto pari a 37.023 milioni di euro e un tasso di crescita medio annuo del 2,4%.

Come già evidenziato, la dinamica della spesa sanitaria rispetto agli anni precedenti risulta sensibilmente diversa a partire dal 2007. Infatti, dal 2002 al 2006 la spesa sanitaria corrente è cresciuta in valore assoluto di 19.971 milioni di euro, con un incremento medio annuo del 5,8%. Nel quinquennio successivo, la crescita è stata in valore assoluto di 11.466 milioni di euro, con un tasso medio annuo del 2,2%. Dal 2011 fino al 2018 la dinamica di crescita della spesa è risultata ancora in diminuzione (+5.586 milioni di euro), con un tasso di crescita medio annuo dello 0,7% confermando, quindi, l’efficacia applicativa delle misure di razionalizzazione della spesa, ivi inclusa l’adozione dei piani di rientro.

Tale evidente cesura nella dinamica osservata dalla spesa sanitaria è principalmente il risultato del salto di paradigma avviato dal 2006 rispetto alla legislazione previgente, a seguito della forte responsabilizzazione regionale e del venir meno della regola “dell’aspettativa del ripiano dei disavanzi”, che in precedenza aveva indotto comportamenti opportunistici da parte delle Regioni, allentando il vincolo di bilancio e rendendo necessaria una rinegoziazione *ex-post* della cornice finanziaria. Si segnala, in particolare, l’anno 2004²⁴, con il conferimento di 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2001-2003 e l’anno 2005²⁵, con il conferimento di ulteriori 2.000 milioni di euro per il concorso statale al ripianamento dei disavanzi registrati dalle regioni nel periodo 2002-2004.

La situazione di squilibrio economico strutturale appariva particolarmente significativa in alcuni contesti regionali. Può osservarsi, infatti, che nel 2006, dei circa 6.000 milioni di euro di disavanzo complessivo del settore sanitario, circa 3.800 milioni di euro erano concentrati in tre sole regioni: Lazio, Campania e Sicilia (Tab. 1.5). Al fine di far

²² Art. 15, co. 14, del DL 95/2012, convertito, con modificazioni, dalla L 135/2012, come integrato dall’art. 1, co. 574 della L 208/2015.

²³ I dati dal 2012 al 2018 sono osservati alla data del 14 maggio 2019. Le informazioni si riferiscono ai dati di consuntivo, eccezion fatta per il 2018, anno in cui si sono considerati i valori del quarto trimestre.

²⁴ Art. 1, co. 164 della L 311/2004 (Finanziaria 2005).

²⁵ Art. 1, co. 279 della L 266/2005 (Finanziaria 2006).

fronte alla situazione di grave squilibrio economico-finanziario strutturale di alcuni SSR, come già anticipato, fu introdotto lo strumento innovativo del piano di rientro. Tale strumento si configura come un vero e proprio programma di ristrutturazione industriale finalizzato al conseguimento di una profonda e permanente riorganizzazione del SSR interessato. Ciò avviene attraverso l'individuazione delle aree di importante ritardo o inefficienza, all'origine dello squilibrio economico, a cui è associata la programmazione e l'implementazione di opportune misure di correzione di tali criticità. In questa prospettiva, il piano di rientro si configura come uno strumento che individua e affronta selettivamente le cause che hanno determinato strutturalmente il prodursi dei disavanzi.

Con riferimento all'attuazione dello strumento dei piani di rientro dal disavanzo sanitario, si ricorda che nel 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania, Sicilia e Sardegna hanno predisposto i rispettivi piani di rientro di durata triennale che sono stati perfezionati e definitivamente sottoscritti, insieme al relativo accordo, nel 2007. Alla fine del 2009, anche la Calabria ha sottoscritto il suo piano di rientro. Nell'anno 2010, invece, la Liguria e la Sardegna sono uscite dal piano. Nel medesimo anno, Piemonte e Puglia hanno sottoscritto e avviato un piano di rientro, seppur caratterizzato da un livello d'intervento di minore intensità (c.d. "piano di rientro leggero"²⁶) rispetto a quello previsto per le altre regioni; nel corso del 2017 la regione Piemonte è uscita dal piano di rientro. Gli effetti finanziari dell'implementazione del sistema di *governance* in ambito sanitario sono ben visibili dall'analisi della dinamica della spesa a livello regionale.

Al fine di garantire una più corretta e puntuale rappresentazione dell'impatto dei piani di rientro sulle dinamiche della spesa delle regioni, nel periodo precedente e successivo all'implementazione degli stessi, è stato necessario operare delle opportune aggregazioni delle Regioni, tenendo conto anche del cambiamento dello *status* di alcune di esse all'interno delle periodizzazioni prese a riferimento nell'analisi. Ad esempio, la Liguria è uscita dal novero delle regioni sotto piano di rientro nel 2010, a conclusione del suo piano triennale 2007-2009, analogamente alla Sardegna; nel 2010, Puglia e Piemonte entrano nella procedura dei piani di rientro leggeri, anche se poi nel corso del 2017 il Piemonte è uscito dal novero delle regioni sotto piano di rientro leggero.

Pertanto, per una valutazione intertemporale della dinamica della spesa sono stati definiti tre gruppi di regioni: le regioni sotto piano di rientro (incluso quello "leggero"), le regioni non sottoposte a piano di rientro e, infine, le Autonomie speciali²⁷.

²⁶ Il piano di rientro "leggero" è caratterizzato da un livello di intervento di minore intensità rispetto a quello previsto dal piano di rientro "ordinario".

²⁷ In tale locuzione vengono inclusi la Valle d'Aosta, le Province autonome di Trento e Bolzano, il Friuli Venezia Giulia e la Sardegna. Le suddette regioni a statuto speciale provvedono, infatti, a finanziare l'assistenza sanitaria sul loro territorio direttamente. In realtà, la Sardegna rientra in questo raggruppamento dal 2010 per il fatto che in precedenza era sottoposta a un piano di rientro. Non è, invece, mai ricompresa la Sicilia in quanto da sempre in vigenza di piano.

Tab. 1.4: spesa sanitaria corrente di CE per regione – Anni 2002-2018 (valori in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	5.851,1	6.145,5	7.110,6	7.192,6	7.457,1	7.728,5	8.074,5	8.345,9	8.467,1	8.418,4	8.393,7	8.192,1	8.188,6	8.097,2	8.241,7	8.304,3	8.441,7
Valle d'Aosta	190,2	197,6	209,0	224,8	245,2	246,9	260,3	263,8	277,8	278,5	278,8	271,2	260,5	261,8	256,5	254,5	259,0
Lombardia	12.710,0	12.716,2	13.395,9	14.777,0	15.351,0	16.166,8	16.732,2	17.200,8	17.816,6	18.123,6	18.154,1	18.293,4	18.789,9	18.947,7	18.936,4	19.437,6	19.866,2
Provincia autonoma di Bolzano	860,7	907,9	937,4	982,4	1.020,5	1.064,8	1.108,0	1.099,0	1.084,8	1.108,0	1.150,9	1.160,9	1.145,4	1.174,8	1.199,1	1.249,7	1.278,4
Provincia autonoma di Trento	753,5	804,2	822,1	856,6	900,4	943,4	994,9	1.062,5	1.096,1	1.131,6	1.157,8	1.150,7	1.152,7	1.128,4	1.148,4	1.194,2	1.220,3
Veneto	6.277,0	6.529,9	6.965,7	7.560,6	7.871,4	8.104,8	8.387,1	8.641,2	8.748,1	8.748,1	8.713,3	8.699,2	8.772,2	8.834,5	8.980,1	9.244,9	9.400,3
Friuli Venezia Giulia	1.658,5	1.731,7	1.885,3	1.987,7	1.983,4	2.154,6	2.311,4	2.410,3	2.442,8	2.494,2	2.511,6	2.468,9	2.374,0	2.333,7	2.368,0	2.434,2	2.504,4
Liguria	2.403,8	2.471,0	2.862,0	2.924,6	2.955,7	3.097,1	3.175,8	3.270,8	3.240,4	3.232,3	3.147,4	3.122,4	3.159,0	3.175,6	3.184,7	3.209,8	3.232,5
Emilia Romagna	5.870,4	6.110,7	6.709,7	7.053,1	7.311,3	7.627,1	7.946,7	8.269,1	8.440,9	8.494,3	8.801,3	8.617,6	8.654,5	8.748,1	8.854,3	9.035,0	9.176,0
Toscana	4.988,8	5.130,2	5.671,1	5.926,3	6.198,1	6.401,8	6.658,9	7.115,5	7.082,0	7.131,2	7.120,1	6.948,1	7.113,8	7.197,8	7.277,8	7.446,9	7.512,5
Umbria	1.187,7	1.272,8	1.339,0	1.395,3	1.461,0	1.495,0	1.560,8	1.612,3	1.623,5	1.634,0	1.643,8	1.645,6	1.637,9	1.651,7	1.672,6	1.716,3	1.750,8
Marche	2.036,3	2.083,3	2.275,8	2.343,9	2.448,0	2.523,3	2.617,1	2.735,6	2.799,1	2.794,7	2.749,3	2.713,3	2.736,0	2.739,2	2.791,9	2.825,5	2.853,6
Lazio	7.373,4	7.950,0	9.550,3	9.958,2	10.544,3	10.740,1	10.943,4	11.175,3	11.054,7	10.892,6	10.853,6	10.628,2	10.662,3	10.712,7	10.701,6	10.698,3	10.744,0
Abruzzo	1.819,3	1.968,7	1.948,4	2.242,2	2.206,3	2.325,9	2.351,6	2.339,6	2.331,2	2.303,1	2.348,6	2.316,0	2.374,2	2.347,4	2.411,1	2.463,6	2.474,3
Molise	447,3	524,6	517,7	652,7	588,3	620,2	649,3	662,7	660,6	648,1	663,5	696,4	662,8	642,5	660,7	650,3	632,3
Campania	7.552,2	7.780,0	8.751,1	9.653,5	9.203,4	9.683,5	10.005,0	10.142,3	9.955,6	9.819,0	9.710,6	9.579,9	9.796,8	9.872,1	10.011,2	10.158,7	10.249,7
Puglia	5.035,2	5.121,1	5.416,3	6.154,2	6.249,0	6.743,0	7.074,6	7.135,2	7.227,2	7.051,2	6.906,3	6.931,0	7.047,7	7.092,6	7.231,0	7.262,7	7.380,3
Basilicata	727,8	767,3	824,4	896,3	911,6	968,9	1.014,2	1.033,5	1.056,4	1.059,6	1.030,3	1.022,1	1.029,0	1.033,6	1.035,4	1.069,2	1.090,5
Calabria	2.547,7	2.581,2	2.762,7	2.852,6	3.009,1	3.312,2	3.365,4	3.491,3	3.447,1	3.371,3	3.360,4	3.312,3	3.369,2	3.358,9	3.427,2	3.416,4	3.450,5
Sicilia	6.469,4	6.640,1	7.491,6	7.811,3	8.402,3	8.322,1	8.273,6	8.389,4	8.506,2	8.499,9	8.514,8	8.530,4	8.644,9	8.558,1	8.842,5	9.052,0	9.241,9
Sardegna	2.206,6	2.271,5	2.438,3	2.690,6	2.630,9	2.704,0	2.903,4	3.048,5	3.125,7	3.179,6	3.225,3	3.183,7	3.238,0	3.238,6	3.293,2	3.215,4	3.280,7
ITALIA	78.976,9	81.705,3	89.884,3	96.136,5	98.948,4	102.983,9	106.399,2	109.409,9	110.573,9	110.414,2	110.436,6	109.483,3	110.814,5	111.147,2	112.525,5	114.339,5	115.999,8

Spesa sanitaria corrente media	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.724,2
Variazione %	2,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4.038,8
Variazione %	4,7%
Autonomie speciali ^(c)	865,8
Variazione %	5,2%

Spesa sanitaria corrente media	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	4.724,2
Variazione %	2,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	4.038,8
Variazione %	4,7%
Autonomie speciali ^(c)	865,8
Variazione %	5,2%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL). I dati sono al netto degli ammortamenti e del saldo delle rivalutazioni e svalutazioni per ovviare ai differenti criteri di classificazione utilizzati dalle regioni anticamente alla definizione di principi contabili omogenei, ai sensi del D.lgs. 118/2011.

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono rimpresse la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

I suddetti tre raggruppamenti sono caratterizzati da un numero di regioni variabile in base ai passaggi annuali da un *cluster* all'altro tenuto conto della vigenza o meno del piano di rientro. Dal 2002 al 2006 l'aggregazione delle regioni è ipotizzata coincidente con quella del 2007, anno di avvio dei piani di rientro. I confronti intertemporali tra i tre raggruppamenti sono basati sulla spesa media al fine di sterilizzare l'incidenza del diverso numero di regioni presenti annualmente nei *cluster*.

Tab. 1.5: risultati d'esercizio per regione – Anni 2006-2018 (valori assoluti in milioni di euro e medi)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	-328,7	-170,8	-360,6	-387,5	-422,4	-274,6	-125,8	-37,1	56,8	5,8	8,4	2,1	-51,7
Valle d'Aosta	-70,6	-56,6	-61,5	-38,4	-58,6	-47,3	-48,6	-53,1	-34,3	-25,6	-25,7	-21,8	-18,9
Lombardia	-0,3	0,0	0,1	12,7	-44,1	13,8	2,3	10,2	4,2	21,4	5,9	5,1	5,9
Provincia autonoma di Bolzano	-274,4	-261,5	-262,9	-185,6	-229,9	-223,0	-251,7	-190,1	-141,6	-204,5	-224,0	-267,5	-269,0
Provincia autonoma di Trento	-143,2	-150,4	-163,7	-202,2	-210,6	-224,3	-245,6	-223,5	-214,7	13,3	6,5	-196,4	-198,3
Veneto	-144,6	-134,7	-148,5	-103,0	-6,1	115,0	11,6	4,4	15,7	3,5	13,7	51,9	5,0
Friuli Venezia Giulia	-4,2	-44,4	-42,1	-67,9	-77,5	-69,3	-66,3	-38,4	50,5	5,8	9,8	-52,0	-87,4
Liguria	-95,6	-102,3	-109,3	-126,9	-95,4	-143,0	-46,2	-78,2	-63,7	-98,5	-63,7	-56,1	-56,1
Emilia Romagna	-288,5	-91,2	-42,2	-118,4	-134,9	-104,6	-47,7	0,0	13,2	0,0	0,2	0,2	0,2
Toscana	-98,4	42,8	-2,4	-164,0	-71,7	-113,4	-50,6	-25,1	7,4	-21,8	-42,0	-94,0	-31,9
Umbria	-54,7	11,5	4,2	8,4	5,8	9,2	4,4	4,8	9,5	2,9	2,9	2,8	0,9
Marche	-47,5	15,9	34,3	12,8	-24,8	21,2	-44,8	48,5	62,1	62,0	24,5	0,9	8,9
Lazio	-1.966,9	-1.696,5	-1.693,3	-1.419,4	-1.059,6	-773,9	-613,2	-669,6	-355,1	-332,6	-136,5	-45,7	-42,5
Abruzzo	-197,1	-163,5	-107,7	-43,4	1,7	36,8	9,2	10,0	6,6	-5,8	-38,6	-42,1	0,1
Molise	-68,5	-69,2	-78,7	-76,3	-64,7	-37,6	-54,8	-99,4	-60,0	-44,7	-42,1	-35,1	-35,9
Campania	-749,7	-862,2	-826,7	-773,9	-497,5	-245,5	-111,1	8,8	127,8	49,8	30,8	12,6	2,3
Puglia	-210,8	-265,7	-219,6	-350,3	-332,7	-108,3	3,8	-42,5	14,0	-54,1	-38,2	3,7	-56,4
Basilicata	3,0	-19,9	-34,7	-25,1	-36,0	-48,6	3,9	0,0	1,5	-7,7	9,8	4,5	0,5
Calabria	-55,3	-277,1	-195,3	-249,0	-187,5	-110,4	-70,7	-33,9	-65,7	-58,5	-99,4	-101,5	-168,9
Sicilia	-1.088,4	-641,5	-352,0	-270,3	-94,3	-26,1	-7,8	0,1	0,0	13,7	-0,0	-0,0	-28,8
Sardegna	-129,2	-115,4	-184,9	-266,7	-283,6	-343,4	-392,0	-380,4	-361,6	-328,4	-344,3	-240,2	-204,3
ITALIA	-6.013,6	-5.052,7	-4.847,8	-4.834,5	-3.924,2	-2.697,4	-2.141,8	-1.784,7	-927,7	-1.003,9	-942,1	-1.068,6	-1.226,5

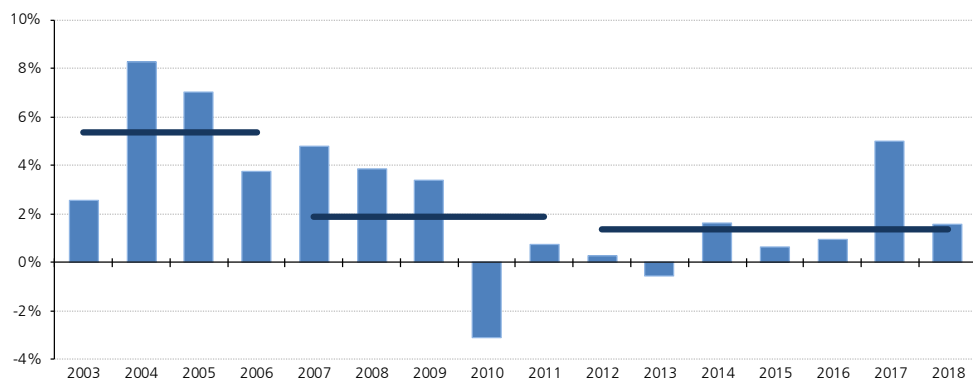
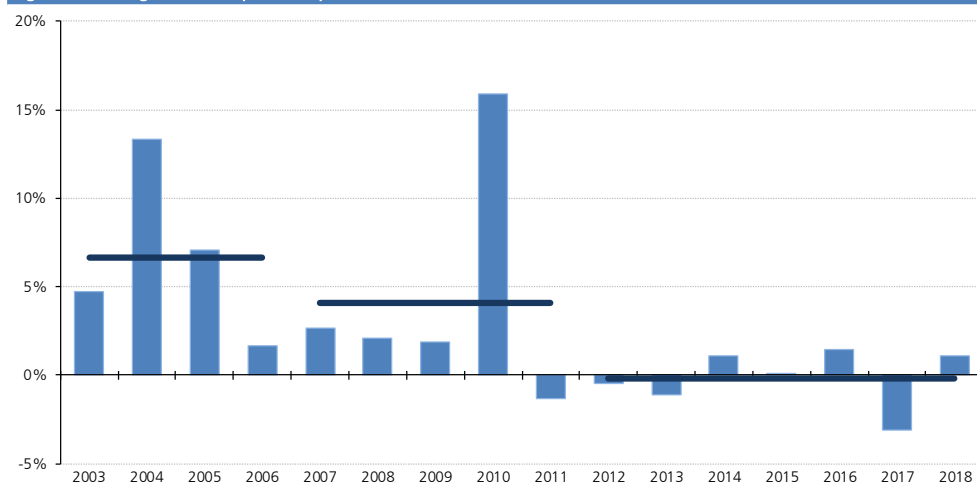
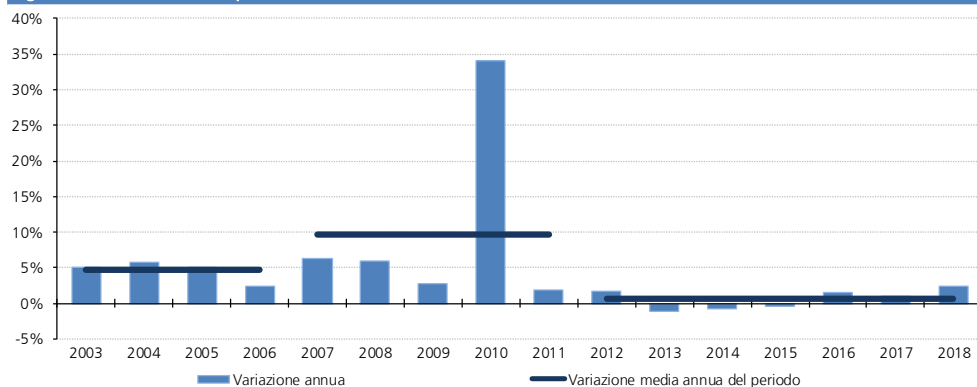
Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE). I risultati di esercizio esposti nella tabella sono coerenti con le risultanze dell'attività di verifica del Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati sopra esposti possono divergere dalla mera differenza tra i dati di spesa e di finanziamento. Essi possono divergere, inoltre, con i risultati di esercizio rappresentati nel modello CE Consolidato regionale (999). Con riferimento al solo anno 2012, al fine di assicurare la comparabilità intertemporale dei dati, i valori riportati nella colonna "2012" per le regioni Piemonte, Puglia e Marche registrano i risultati di esercizio "strutturali" valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali, a partire dai dati del Consuntivo 2012 e non tengono conto: a) per la regione Piemonte dell'importo di 883 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; b) per la regione Puglia, dell'importo di 292 mln di euro derivante dalla distrazione di risorse del SSR da parte del bilancio regionale; c) per la regione Marche della perdita pregressa dell'IRCCS INRCA (-88,479 mln di euro). Tali importi, correlati a situazioni relative ad anni pregressi, sono stati valutati dal Tavolo per la Verifica degli Adempimenti Regionali e si sommano al risultato di esercizio rilevato a partire dai dati del Consuntivo 2012, determinando il valore del disavanzo complessivo cui dare copertura finanziaria, sulla base dei criteri del Tavolo medesimo.

L'eventuale disavanzo per le regioni a statuto speciale e le province autonome, essendo determinato utilizzando la metodologia adottata per le regioni a statuto ordinario, non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota teorica di finanziamento può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

Al contenimento del tasso di crescita della spesa sanitaria complessiva registrato a livello nazionale hanno concorso, in misura significativa, le regioni sottoposte ai piani di rientro. Infatti, queste ultime hanno fatto registrare, nel periodo 2003-2006, un tasso di crescita medio annuo della spesa sanitaria pari al 6,6% che, nel quinquennio successivo si riduceva al 4,1% per diventare addirittura negativo (-0,1%) tra il 2012 e il 2018 (Fig. 1.10). Sull'intero orizzonte temporale considerato la spesa sanitaria delle regioni non sotto piano di rientro è passata dal 5,4% del primo quadriennio all'1,3% degli ultimi sette anni. Di contro, le autonomie speciali partite da un tasso di crescita media annua del 4,6% tra il 2003 e il 2006 sono giunte a una variazione media annua di poco superiore allo zero (+0,6%) nell'ultimo periodo²⁸.

²⁸ Tra il 2007 e il 2011 il tasso di incremento medio annuo è stato superiore rispetto a quello registrato nei due restanti intervalli temporali in quanto condizionato dal passaggio della Sardegna dalle regioni sottoposte al piano di rientro alle Autonomie speciali.

Fig. 1.10: spesa sanitaria corrente media di CE per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.10.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)Fig. 1.10.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)Fig. 1.10.c: autonomie speciali ^(c)

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

La tabella 1.6 riporta la quantificazione del finanziamento effettivo. Quest'ultimo può definirsi come l'entrata complessiva mediante la quale ogni singola regione fa fronte alla spesa sanitaria corrente sul territorio di competenza. Esso è determinato a partire dal livello di finanziamento ordinario ripartito per regione in ciascun esercizio, incrementato delle maggiori entrate proprie degli enti del SSN rispetto a quelle "cristallizzate" inglobate nel finanziamento ordinario (Box 1.2). Va sottolineato, al riguardo, che per le autonomie speciali non opera il sistema premiale, la qualcosa può avere riflessi anche sulle politiche di contenimento della spesa.

Tab. 1.6: finanziamento effettivo della spesa sanitaria per regione – Anni 2006-2018 (valori assoluti in milioni di euro)

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	7.128,5	7.557,7	7.714,0	7.958,4	8.068,3	8.160,7	8.343,5	8.220,1	8.332,1	8.218,8	8.379,7	8.421,0	8.438,7
Valle d'Aosta	174,6	190,3	198,8	225,3	219,2	231,2	230,4	224,1	230,1	236,6	231,5	233,7	240,7
Lombardia	15.350,7	16.166,8	16.723,3	17.213,7	17.772,5	18.137,6	18.473,0	18.486,1	18.947,4	19.010,7	19.062,0	19.536,3	19.868,1
Provincia autonoma di Bolzano	746,2	803,2	845,0	879,0	869,2	886,1	895,2	947,4	980,0	965,6	973,0	977,6	1.006,1
Provincia autonoma di Trento	757,2	792,9	831,2	860,2	885,5	899,2	911,3	925,8	937,2	1.140,2	1.154,8	997,5	1.022,5
Veneto	7.726,7	7.970,1	8.238,6	8.527,5	8.777,9	8.906,7	9.012,7	8.991,6	9.195,5	9.112,0	9.264,2	9.493,9	9.581,8
Friuli Venezia Giulia	1.979,1	2.109,6	2.271,2	2.344,2	2.364,7	2.429,5	2.455,5	2.457,7	2.450,5	2.365,4	2.392,6	2.387,7	2.407,6
Liguria	2.860,1	2.956,8	3.066,5	3.173,8	3.155,0	3.101,8	3.110,5	3.070,2	3.131,0	3.123,3	3.156,0	3.190,9	3.193,9
Emilia Romagna	7.022,8	7.535,9	7.904,5	8.150,8	8.306,0	8.416,2	8.918,6	8.820,1	8.935,4	8.931,2	8.993,1	9.170,7	9.283,2
Toscana	6.099,3	6.443,7	6.651,2	6.933,6	7.014,2	7.040,9	7.212,6	7.096,5	7.290,3	7.309,8	7.350,4	7.475,6	7.546,7
Umbria	1.406,3	1.505,3	1.561,5	1.620,7	1.636,3	1.652,9	1.674,2	1.670,6	1.706,4	1.696,1	1.716,5	1.751,9	1.755,9
Marche	2.401,6	2.538,2	2.646,7	2.745,9	2.793,9	2.820,2	2.829,8	2.815,8	2.857,9	2.857,0	2.871,6	2.870,5	2.862,8
Lazio	8.577,4	9.106,2	9.271,4	9.755,8	10.062,8	10.189,8	10.321,4	10.034,3	10.396,3	10.482,9	10.675,2	10.718,4	10.749,9
Abruzzo	2.068,6	2.185,7	2.244,5	2.277,3	2.323,9	2.366,2	2.373,5	2.385,8	2.416,1	2.391,3	2.419,4	2.447,6	2.487,3
Molise	519,8	550,9	572,2	586,4	598,6	612,8	612,0	604,0	609,4	604,6	650,2	639,3	617,9
Campania	8.447,0	8.832,1	9.183,2	9.368,5	9.499,4	9.669,3	9.730,1	9.674,0	10.089,8	10.095,1	10.186,8	10.324,9	10.391,7
Puglia	6.038,2	6.422,0	6.780,2	6.784,9	6.894,5	6.953,1	6.997,0	6.937,5	7.140,0	7.150,5	7.251,3	7.320,3	7.365,8
Basilicata	914,6	949,0	979,6	1.008,4	1.020,5	1.021,8	1.042,6	1.030,2	1.041,7	1.038,2	1.053,5	1.079,5	1.055,8
Calabria	2.924,9	3.085,4	3.170,2	3.244,3	3.259,6	3.275,3	3.306,0	3.290,4	3.327,6	3.342,3	3.361,2	3.362,4	3.335,5
Sicilia	7.475,3	7.748,4	7.994,2	8.193,1	8.470,9	8.561,1	8.624,2	8.631,6	8.839,3	8.890,1	8.983,5	9.141,3	9.262,1
Sardegna	2.505,2	2.588,5	2.718,5	2.781,7	2.842,1	2.870,1	2.890,3	2.866,4	2.930,7	2.945,4	3.002,1	3.017,9	3.099,0
ITALIA	93.124,1	98.038,9	101.566,5	104.633,5	106.835,0	108.202,5	109.964,5	109.178,5	111.784,9	111.907,1	113.128,7	114.558,9	115.572,8

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

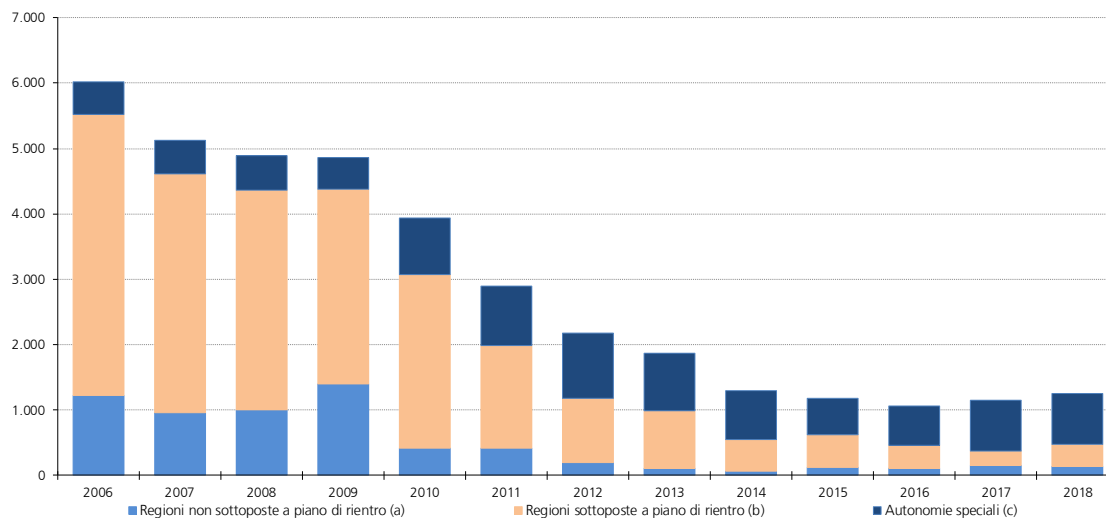
Nella tabella 1.5 sono riportati i risultati di esercizio regionali coerenti con le risultanze dell'attività svolta dal Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, sulla base dei criteri di valutazione delle iscrizioni contabili da esso adottati. In relazione a ciò, i risultati d'esercizio possono divergere da quelli rappresentati nei modelli CE consolidati a livello regionale.

Occorre far presente, inoltre, che la modalità di calcolo dei risultati di esercizio, adottata per le regioni a statuto ordinario, potrebbe non essere rappresentativa della reale situazione economico-finanziaria delle autonomie speciali. Infatti, le quote di finanziamento ordinario, a esse attribuite sulla base del riparto (fabbisogno sanitario regionale), sono da considerarsi come le somme che tali autonomie devono obbligatoriamente conferire al proprio SSR per l'erogazione dei LEA. Pertanto, l'esplicitazione di un eventuale disavanzo per le autonomie speciali non implica necessariamente un risultato di esercizio negativo del settore sanitario, in quanto l'eccesso di spesa rispetto alla quota parametrata al livello di finanziamento inglobato nell'Intesa Stato-Regioni sul riparto può trovare copertura mediante l'utilizzo di risorse proprie.

La figura 1.11 prospetta, invece, la quantificazione dei risultati d'esercizio negativi registrati annualmente nelle diverse regioni mostrando un andamento decrescente del disavanzo del SSN e, al suo interno, l'andamento della relativa composizione con riferimento ai gruppi di regioni che lo hanno determinato. È evidente il miglioramento progressivo della situazione economico-finanziaria del sistema, specie con riferimento alle regioni in piano di rientro per le quali la consistenza del disavanzo risulta essersi notevolmente ridotta in termini assoluti.

Tale risultato conferma che, in generale, lo strumento dei piani di rientro determina una maggiore responsabilizzazione dei comportamenti delle regioni interessate, anche in relazione alle puntuali verifiche predisposte dai Tavoli di monitoraggio.

Fig. 1.11: disavanzi per gruppi di regioni – Anni 2006-2018 (valori assoluti in milioni di euro)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Il miglioramento strutturale della situazione economico-finanziaria delle regioni in piano di rientro a seguito degli interventi di riequilibrio adottati è evidente anche attraverso la valutazione del rapporto tra il risultato d'esercizio sanitario registrato nei diversi anni e il relativo finanziamento effettivo.

Tale rapporto rappresenta un indicatore sintetico della capacità dei SSR di erogare servizi sanitari in condizioni di efficienza e appropriatezza, nel rispetto del vincolo di bilancio derivante dalle risorse provenienti dal finanziamento ordinario dello Stato e delle entrate proprie delle aziende sanitarie.

Può osservarsi che, nel 2006, tale indicatore registrava valori di disavanzo dell'ordine del -22,9% in Lazio, del -9,5% in Abruzzo, del -13,2% in Molise, del -8,9% in Campania e del -14,6% in Sicilia (Tab. 1.7). Nel 2018, tale rapporto è pari a -0,4% in Lazio, a -5,8% in Molise, a -0,3% in Sicilia. La Campania e l'Abruzzo evidenziano sostanzialmente una situazione di equilibrio finanziario.

Nei successivi paragrafi si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa.

Tab. 1.7: risultati d'esercizio in percentuale del finanziamento effettivo per regione – Anni 2006-2018

Regioni	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	-4,6%	-2,3%	-4,7%	-4,9%	-5,2%	-3,4%	-1,5%	-0,5%	0,7%	0,1%	0,1%	0,0%	-0,6%
Valle d'Aosta	-40,4%	-29,8%	-31,0%	-17,1%	-26,7%	-20,5%	-21,1%	-23,7%	-14,9%	-10,9%	-11,1%	-9,3%	-7,9%
Lombardia	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	-0,2%	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Provincia autonoma di Bolzano	-36,8%	-32,6%	-31,1%	-21,1%	-26,5%	-25,2%	-28,1%	-20,1%	-14,4%	-23,2%	-23,0%	-27,4%	-26,7%
Provincia autonoma di Trento	-18,9%	-19,0%	-19,7%	-23,5%	-23,8%	-24,9%	-27,0%	-24,1%	-22,9%	0,6%	0,6%	-19,7%	-19,4%
Veneto	-1,9%	-1,7%	-1,8%	-1,2%	-0,1%	1,3%	0,1%	0,0%	0,2%	0,2%	0,1%	0,5%	0,1%
Friuli Venezia Giulia	-0,2%	-2,1%	-1,9%	-2,9%	-3,3%	-2,9%	-2,7%	-1,6%	2,1%	0,4%	0,4%	-2,2%	-3,6%
Liguria	-3,3%	-3,5%	-3,6%	-4,0%	-3,0%	-4,6%	-1,5%	-2,5%	-2,0%	-2,0%	-2,0%	-1,8%	-1,8%
Emilia Romagna	-4,1%	-1,2%	-0,5%	-1,5%	-1,6%	-1,2%	-0,5%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Toscana	-1,6%	0,7%	0,0%	-2,4%	-1,0%	-1,6%	-0,7%	-0,4%	0,1%	-0,6%	-0,6%	-1,3%	-0,4%
Umbria	-3,9%	0,8%	0,3%	0,5%	0,4%	0,6%	0,3%	0,3%	0,6%	0,2%	0,2%	0,2%	0,0%
Marche	-2,0%	0,6%	1,3%	0,5%	-0,9%	0,8%	-1,6%	1,7%	2,2%	0,9%	0,9%	0,0%	0,3%
Lazio	-22,9%	-18,6%	-18,3%	-14,5%	-10,5%	-7,6%	-5,9%	-6,7%	-3,4%	-1,3%	-1,3%	-0,4%	-0,4%
Abruzzo	-9,5%	-7,5%	-4,8%	-1,9%	0,1%	1,6%	0,4%	0,3%	-1,6%	-1,6%	-1,6%	-1,7%	0,0%
Molise	-13,2%	-12,6%	-13,8%	-13,0%	-10,8%	-6,1%	-8,9%	-16,5%	-9,9%	-7,0%	-6,5%	-5,5%	-5,8%
Campania	-8,9%	-9,8%	-9,0%	-8,3%	-5,2%	-2,5%	-1,1%	0,1%	1,3%	0,3%	0,3%	0,1%	0,0%
Puglia	-3,5%	-4,1%	-3,2%	-5,2%	-4,8%	-1,6%	0,1%	-0,6%	0,2%	-0,5%	-0,5%	0,1%	-0,8%
Basilicata	0,3%	-2,1%	-3,5%	-2,5%	-3,5%	-4,8%	0,4%	0,0%	0,1%	0,9%	0,9%	0,4%	0,0%
Calabria	-1,9%	-9,0%	-6,2%	-7,7%	-5,8%	-3,4%	-2,1%	-1,0%	-2,0%	-3,0%	-3,0%	-3,0%	-5,1%
Sicilia	-14,6%	-8,3%	-4,4%	-3,3%	-1,1%	-0,3%	-0,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	-0,3%
Sardegna	-5,2%	-4,5%	-6,8%	-9,6%	-10,0%	-12,0%	-13,6%	-13,3%	-12,3%	-11,7%	-11,5%	-8,0%	-6,6%
ITALIA	-6,5%	-5,2%	-4,8%	-4,6%	-3,7%	-2,5%	-1,9%	-1,6%	-0,8%	-0,9%	-0,8%	-0,9%	-1,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

1.3.2 - Analisi degli andamenti per componente di spesa

Quantunque il contenimento della dinamica della spesa complessiva abbia interessato tutte le principali componenti, il contributo maggiore deriva della spesa per i redditi da lavoro dipendente e per la farmaceutica convenzionata. Nel prosieguo del paragrafo si analizzerà nel dettaglio l'andamento delle diverse voci di spesa²⁹ anche in relazione ai raggruppamenti regionali in precedenza identificati.

Redditi da lavoro dipendente. La spesa per il reddito da lavoro dipendente è passata nel periodo 2002-2018 da 27.618 a 34.795 milioni di euro, tale variazione equivale a un incremento medio annuo dell'1,5% (Tab. 1.8).

Scomponendo l'intero orizzonte temporale considerato nei tre sotto periodi definiti in precedenza è possibile evidenziare come la dinamica della spesa per il reddito da lavoro dipendente mostri una sensibile diminuzione nel corso degli anni. Infatti, se dal 2003 al 2006 l'incremento medio annuo è del 4,9%, nel quinquennio successivo il tasso di crescita si abbassa all'1,6%. Tale tendenza al contenimento è ancora più evidente tra il 2012 e il 2018, anni in cui il tasso di variazione media diventa addirittura negativo (-0,5%).

Con riferimento all'incidenza della spesa per reddito da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa complessiva, si registra una diminuzione che dal 35% del 2002 si attesta al 30% del 2018 (Tab. 1.9).

Su tale andamento gioca un ruolo notevole il blocco della contrattazione nonché le politiche di contenimento del costo del personale che hanno caratterizzato alcuni degli ultimi anni della serie storica considerata.

²⁹ Non si darà conto nell'analisi delle componenti di spesa non direttamente riconducibili alla gestione tipica sanitaria, quali ad esempio, gli accantonamenti, gli oneri tributari, gli oneri finanziari o il saldo delle poste straordinarie. Tali componenti di spesa non superano negli ultimi anni il 6-7% dell'intera spesa sanitaria.

Con riferimento al primo fattore, le misure introdotte dalla legislazione nazionale hanno, infatti, implicato non solo il blocco delle procedure contrattuali³⁰, ma anche il divieto del riconoscimento di incrementi retributivi al di sopra dei livelli fissati per legge.

Relativamente al secondo elemento esplicativo, vi è stata per le regioni sotto piano di rientro la riconferma, anche parziale, del blocco del *turn over*, in coerenza con le valutazioni dei fabbisogni del personale ai sensi dell'art.1, co. 541 della L 208/2015, nonché per le regioni non sottoposte ai piani di rientro l'autonoma attivazione delle politiche di riduzione degli organici.

L'impatto di tali azioni è valutabile anche sulla base dei dati del Conto annuale della RGS. In effetti, tra il 2010 e il 2017 (ultimo anno disponibile) il SSN ha osservato una riduzione del personale dipendente di oltre 40.000 unità³¹.

Anche l'analisi dell'andamento della spesa sanitaria per il reddito da lavoro dipendente relativa ai tre raggruppamenti di regioni definiti in precedenza mostra una tendenziale diminuzione.

In particolare, il contenimento ha riguardato maggiormente le regioni sottoposte ai piani di rientro. Per queste, infatti, si registra un tasso di variazione media annua del 6% nel periodo 2003-2006 a fronte del 3,5% nel periodo 2007-2011 e di un -2,2% tra il 2012 e il 2018 (Fig. 1.12).

Una limitazione della dinamica si è registrata anche nelle regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali passano da un incremento medio annuo del 4,2% nel primo periodo, all'1% tra il 2007 e il 2011, per arrivare a un tasso sostanzialmente nullo nel periodo 2012-2018 (+0,4%).

Anche per le autonomie speciali si registra una riduzione della dinamica media della spesa: da un incremento medio annuo del 4,8% nel quadriennio 2003-2006 si passa allo 0,7% tra il 2012 e il 2018.

Le regioni sotto piano di rientro sono state caratterizzate anche da una maggiore diminuzione del peso percentuale della spesa per reddito da lavoro dipendente sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva. Per esse, infatti, si è passati da un'incidenza del 33,6% registrata nel 2002 al 27,5% nel 2018.

Andamento simile si è avuto con riferimento alle regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali dal 35,5% riscontrato nel primo anno si attestano al 30,5% alla fine della serie storica.

In controtendenza si rilevano essere le autonomie speciali le quali evidenziano un leggero aumento tra l'inizio e la fine del periodo considerato (+0,6%).

³⁰ Tale blocco, introdotto dal DL 78/2010 ed inizialmente previsto limitatamente al periodo 2010-2012 è stato prorogato sino al 31 dicembre 2014 e ulteriormente esteso al 2015 con la L 190/2014 (Stabilità 2015).

³¹ Ministero dell'economia e delle finanze – RGS (2019a).

Tab. 1.8: spesa per i redditi da lavoro dipendente per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	2.222,0	2.273,7	2.389,0	2.562,3	2.707,1	2.710,5	2.818,9	2.927,6	2.976,1	2.930,8	2.882,4	2.831,8	2.804,4	2.795,4	2.776,5	2.765,9	2.807,5
Valle d'Aosta	86,6	87,8	92,2	96,8	107,7	102,2	112,8	111,6	114,7	112,9	113,0	113,6	114,7	113,2	114,1	112,2	113,6
Lombardia	3.819,0	3.788,8	3.866,1	4.363,6	4.587,2	4.641,7	4.869,8	5.015,7	5.114,5	5.093,5	5.041,1	5.002,2	5.002,2	4.965,5	4.964,9	4.957,9	5.034,2
Provincia autonoma di Bolzano	340,3	363,6	381,5	396,7	424,3	471,2	519,2	540,9	550,3	549,0	592,8	591,7	577,8	585,3	579,4	599,4	622,8
Provincia autonoma di Trento	282,5	311,2	311,3	319,2	337,8	360,5	378,3	400,3	402,7	404,0	416,8	420,6	421,3	419,3	423,8	434,7	446,5
Veneto	2.242,4	2.274,6	2.334,8	2.401,9	2.556,5	2.547,8	2.680,7	2.735,7	2.771,4	2.746,0	2.746,5	2.742,4	2.733,4	2.732,3	2.734,5	2.721,3	2.760,8
Friuli Venezia Giulia	622,6	634,2	711,1	751,2	735,6	825,0	888,4	940,3	953,3	946,6	950,1	948,5	937,6	926,3	925,0	929,4	952,9
Liguria	863,5	876,1	1.056,0	1.097,5	1.087,6	1.091,0	1.132,8	1.165,4	1.176,6	1.153,7	1.116,8	1.097,7	1.090,1	1.085,3	1.076,3	1.074,8	1.085,8
Emilia Romagna	2.255,8	2.262,5	2.424,6	2.510,6	2.662,8	2.681,7	2.857,6	2.927,3	3.000,0	3.022,4	3.013,3	2.993,3	2.976,8	2.964,5	2.962,5	2.980,8	3.048,9
Toscana	1.996,2	2.007,6	2.150,3	2.220,7	2.341,5	2.350,4	2.464,9	2.575,8	2.622,9	2.607,8	2.554,2	2.519,0	2.523,9	2.537,1	2.511,6	2.509,6	2.560,3
Umbria	478,4	488,9	506,9	519,2	554,5	556,1	588,2	604,3	613,4	610,7	610,9	610,9	610,5	613,1	613,1	613,0	625,1
Marche	800,8	777,4	860,0	895,4	948,7	946,2	970,6	1.023,0	1.040,5	1.026,9	1.005,0	990,9	987,7	988,8	990,2	1.007,0	1.025,6
Lazio	2.170,5	2.269,4	2.384,5	2.816,1	2.940,5	2.919,0	3.023,7	3.058,8	3.075,2	2.985,5	2.894,2	2.813,8	2.747,3	2.706,9	2.662,4	2.622,8	2.631,3
Abruzzo	649,6	672,9	677,3	702,1	741,2	742,3	776,5	776,1	788,4	772,4	764,3	765,0	762,4	764,1	760,9	751,5	761,3
Molise	174,3	175,3	188,6	196,5	209,5	208,6	208,3	210,9	215,1	209,3	203,5	198,0	196,7	192,7	181,4	175,3	173,6
Campania	2.503,5	2.542,6	2.778,2	3.075,8	3.128,0	3.172,6	3.188,2	3.264,6	3.217,4	3.070,6	2.935,7	2.829,7	2.756,9	2.691,1	2.608,3	2.590,2	2.621,5
Puglia	1.651,9	1.653,9	1.737,8	1.827,3	1.950,0	2.008,7	2.078,2	2.141,2	2.190,8	2.112,5	2.040,3	1.983,4	1.985,5	1.992,8	1.988,9	2.002,9	2.033,1
Basilicata	279,9	276,3	300,3	318,9	345,1	352,2	378,9	384,7	393,2	385,6	380,6	376,9	377,6	376,3	375,4	371,4	374,0
Calabria	1.044,2	1.048,8	1.067,7	1.117,4	1.169,1	1.205,4	1.259,7	1.291,0	1.290,3	1.254,8	1.217,8	1.182,5	1.153,2	1.140,2	1.126,5	1.126,2	1.122,9
Sicilia	2.246,3	2.255,3	2.346,0	2.598,5	2.861,1	2.911,6	2.980,2	2.967,7	2.976,1	2.920,6	2.882,5	2.861,4	2.826,9	2.793,6	2.762,2	2.763,8	2.789,6
Sardegna	887,9	904,5	940,9	970,6	1.015,2	1.026,4	1.090,5	1.129,3	1.163,3	1.164,5	1.170,4	1.177,9	1.188,7	1.193,0	1.191,8	1.186,0	1.203,1
ITALIA	27.618,2	27.945,4	29.505,4	31.758,6	33.411,2	33.831,0	35.266,5	36.192,0	36.673,5	36.100,8	35.584,5	35.090,1	34.778,6	34.607,9	34.329,9	34.296,0	34.794,5
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	1.679,1	1.685,2	1.763,8	1.873,7	1.982,3	2.000,1	2.096,8	2.162,6	2.095,0	2.083,4	2.065,1	2.046,5	2.037,8	2.036,7	2.028,6	2.111,3	2.146,9
Variazione %		0,4%	4,7%	6,2%	5,8%	0,9%	4,8%	3,1%	-3,1%	-0,6%	-0,9%	-0,9%	-0,4%	-0,1%	-0,4%	4,1%	1,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	1.356,5	1.385,2	1.481,7	1.636,7	1.711,9	1.724,5	1.771,5	1.796,1	2.091,2	2.032,0	1.977,6	1.933,2	1.904,5	1.884,6	1.858,4	1.719,0	1.733,3
Variazione %		2,1%	7,0%	10,5%	4,6%	0,7%	2,7%	1,4%	16,4%	-2,8%	-2,7%	-2,2%	-1,5%	-1,0%	-1,4%	-7,5%	0,8%
Autonomie speciali ^(c)	333,0	349,2	374,0	391,0	401,4	439,7	474,7	498,3	636,9	635,4	648,6	650,5	648,0	647,4	646,8	652,3	667,8
Variazione %		4,9%	7,1%	4,5%	2,7%	9,6%	7,9%	5,0%	27,9%	-0,2%	2,1%	0,3%	-0,4%	-0,1%	-0,1%	0,8%	2,4%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono comprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.9: spesa per i redditi da lavoro dipendente in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	38,0%	37,0%	33,6%	35,6%	36,3%	35,1%	34,9%	35,1%	35,1%	34,8%	34,3%	34,6%	34,2%	34,5%	33,7%	33,3%	33,3%
Valle d'Aosta	45,5%	44,4%	44,1%	43,1%	43,9%	41,4%	43,3%	42,3%	41,3%	40,5%	40,5%	41,9%	44,0%	43,2%	44,5%	44,1%	43,8%
Lombardia	30,0%	29,8%	28,9%	29,5%	29,9%	28,7%	29,1%	29,2%	28,9%	28,5%	28,1%	27,6%	26,6%	26,5%	26,2%	25,5%	25,3%
Provincia autonoma di Bolzano	39,5%	40,0%	40,7%	40,4%	41,6%	44,3%	46,9%	50,8%	50,1%	49,5%	51,5%	51,0%	50,4%	49,8%	48,3%	48,0%	48,7%
Provincia autonoma di Trento	37,5%	38,7%	37,9%	37,3%	37,5%	38,2%	38,0%	37,7%	36,7%	35,7%	36,0%	36,6%	36,5%	37,2%	36,9%	36,4%	36,6%
Veneto	35,7%	34,8%	33,5%	31,8%	32,5%	31,4%	32,0%	31,7%	31,6%	31,4%	31,5%	31,5%	31,1%	30,9%	30,5%	29,4%	29,4%
Friuli Venezia Giulia	37,5%	36,6%	37,7%	37,8%	37,1%	38,3%	38,4%	39,0%	39,0%	38,0%	37,8%	38,4%	39,5%	39,7%	39,1%	38,2%	38,0%
Liguria	35,9%	35,5%	36,9%	37,5%	36,8%	35,2%	35,7%	35,6%	36,3%	35,7%	35,5%	35,2%	34,5%	34,2%	33,8%	33,5%	33,6%
Emilia Romagna	38,4%	37,0%	36,1%	35,6%	36,4%	35,2%	36,0%	35,4%	35,5%	35,6%	34,2%	34,7%	34,4%	33,9%	33,5%	33,0%	33,3%
Toscana	39,9%	39,1%	37,9%	37,5%	37,8%	36,7%	37,0%	36,2%	37,0%	36,6%	35,9%	36,3%	35,5%	35,2%	34,5%	33,7%	34,1%
Umbria	40,3%	38,4%	37,9%	37,2%	37,7%	37,2%	37,1%	37,5%	37,8%	37,4%	37,2%	37,1%	37,3%	37,1%	36,7%	35,7%	35,7%
Marche	39,3%	37,3%	37,8%	38,2%	38,8%	37,5%	37,1%	37,4%	37,2%	36,7%	36,6%	36,5%	36,1%	36,1%	35,5%	35,6%	35,9%
Lazio	29,4%	28,5%	25,0%	28,3%	27,9%	27,2%	27,6%	27,4%	27,8%	27,4%	26,7%	26,5%	25,8%	25,3%	24,9%	24,5%	24,5%
Abruzzo	35,7%	34,2%	34,8%	31,3%	33,6%	31,9%	33,0%	33,2%	33,8%	33,5%	32,5%	33,0%	32,1%	32,5%	31,6%	30,5%	30,8%
Molise	39,0%	33,4%	36,4%	30,1%	35,6%	33,6%	32,1%	31,8%	32,6%	32,3%	30,7%	28,4%	29,7%	30,0%	27,5%	26,9%	27,5%
Campania	33,1%	32,7%	31,7%	31,9%	34,0%	32,7%	31,9%	32,2%	32,2%	31,3%	30,2%	29,5%	28,1%	27,3%	26,1%	25,5%	25,6%
Puglia	32,8%	32,3%	32,1%	29,7%	31,2%	29,8%	29,4%	30,0%	30,3%	30,0%	29,5%	28,6%	28,2%	28,1%	27,5%	27,6%	27,5%
Basilicata	38,5%	36,0%	36,4%	35,6%	37,9%	36,4%	37,4%	37,2%	37,2%	36,4%	36,9%	36,9%	36,7%	36,4%	36,3%	34,7%	35,6%
Calabria	41,0%	40,6%	38,6%	39,2%	38,9%	36,4%	37,4%	37,0%	37,4%	37,2%	36,2%	35,7%	34,2%	33,9%	32,9%	33,0%	32,5%
Sicilia	34,7%	34,0%	31,3%	33,3%	34,1%	35,0%	36,0%	35,4%	35,0%	34,4%	33,9%	33,5%	32,7%	32,3%	31,2%	30,5%	30,2%
Sardegna	40,2%	39,8%	38,6%	36,1%	38,6%	38,0%	37,6%	37,0%	37,2%	36,6%	36,3%	37,0%	36,7%	36,8%	36,2%	36,9%	36,7%
ITALIA	35,0%	34,2%	32,8%	33,0%	33,8%	32,9%	33,1%	33,1%	33,2%	32,7%	32,2%	32,1%	31,4%	31,1%	30,5%	30,0%	30,0%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	35,5%	34,8%	33,6%	33,4%	34,0%	32,7%	33,1%	33,0%	33,0%	32,5%	32,2%	32,1%	31,4%	31,2%	30,8%	30,5%	30,5%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	33,6%	32,8%	30,9%	31,9%	32,8%	32,2%	32,4%	32,2%	32,4%	31,9%	31,2%	30,8%	30,0%	29,7%	28,9%	27,5%	27,5%
Autonomie speciali ^(c)	38,5%	38,4%	38,8%	38,6%	38,7%	39,9%	40,6%	41,5%	39,6%	38,8%	39,0%	39,5%	39,7%	39,8%	39,1%	39,1%	39,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEL).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.12: spesa media per i redditi da lavoro dipendente per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.12.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

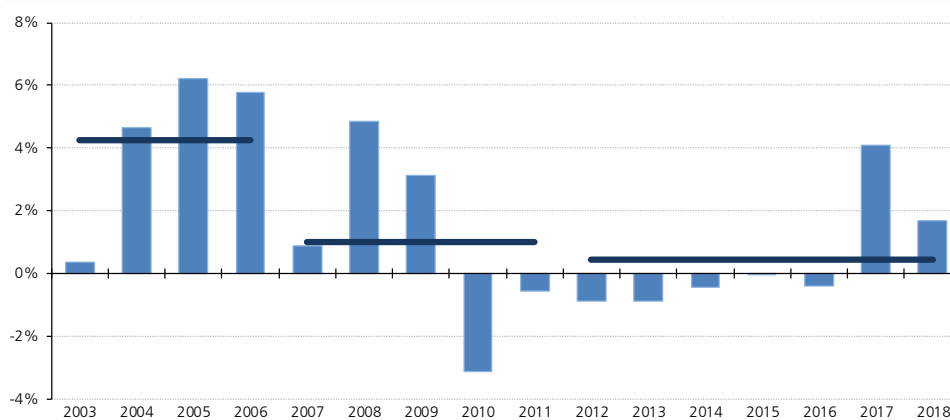


Fig. 1.12.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

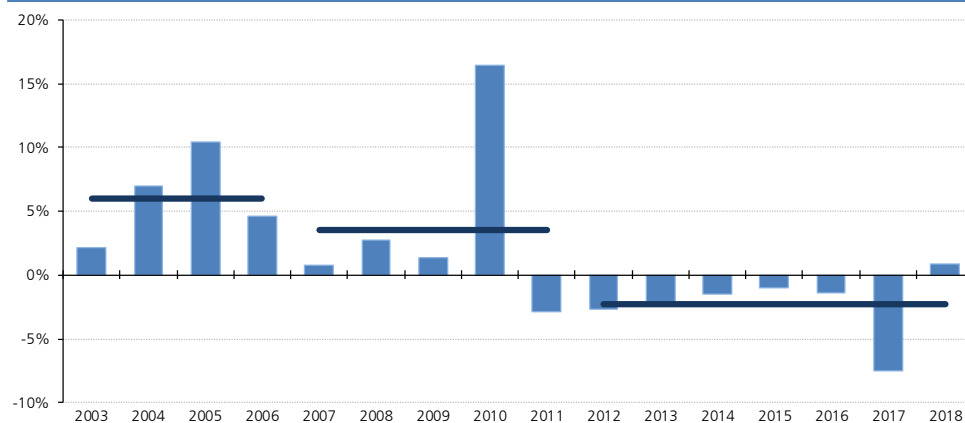
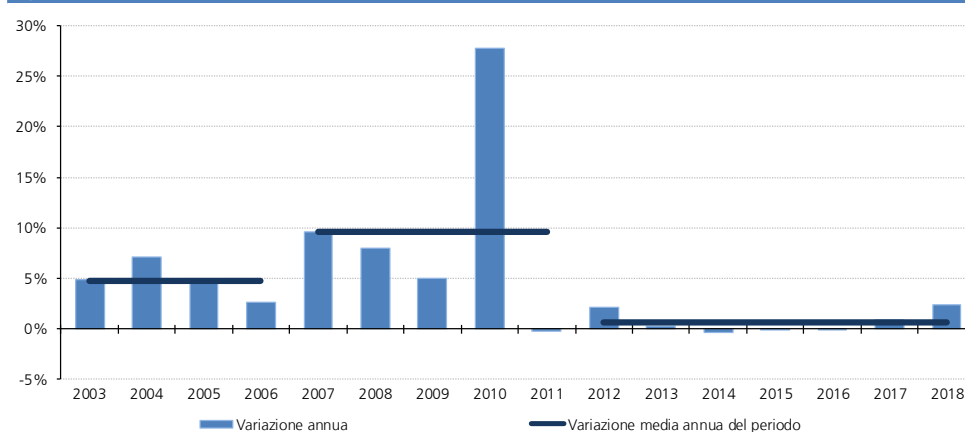


Fig. 1.12.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Prodotti farmaceutici. La spesa per i prodotti farmaceutici, comprensiva sia dei costi per farmaci erogati nel corso dei ricoveri ospedalieri che di quelli per la distribuzione diretta e per conto, è aumentata dal 2002 al 2018 di quasi 9.200 milioni di euro, facendo registrare un aumento medio annuo del 10% (Tab. 1.10).

All'interno dei tre intervalli temporali considerati i prodotti farmaceutici hanno fatto registrare un costante aumento in valore assoluto, ma una contrazione in termini di variazione media annua. In particolare, il livello di spesa è aumentato di poco più di 2.000 milioni di euro tra il 2002 e il 2006, di oltre 3.150 milioni di euro tra il 2006 e il 2011 e di quasi 4.000 milioni di euro tra il 2011 e il 2018. Di contro, le variazioni medie annue nei tre periodi risultano in diminuzione: 15,8%, 11% e 6%, rispettivamente.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva mostra un sensibile innalzamento tra l'inizio e la fine della serie storica considerata visto che dal 3,3% del 2002 arriva al 10,1% del 2018 (Tab. 1.11).

Sulla crescita di tale componente ha influito l'introduzione di farmaci innovativi caratterizzati da prezzi elevati e l'incentivazione della distribuzione diretta dei farmaci. Quest'ultima ha comportato una ricomposizione della spesa farmaceutica, con conseguente riduzione dei costi per la farmaceutica convenzionata a favore di un incremento di quelli per i prodotti farmaceutici. Nel corso degli anni, in effetti, diversi sistemi sanitari regionali hanno implementato un rafforzamento della distribuzione diretta e per conto dei farmaci a scapito di quella convenzionata. Per quanto riguarda, invece, l'adozione dei costosi farmaci innovativi occorre precisare che questa ha riguardato principalmente la somministrazione di medicinali per la cura dell'epatite C e delle patologie oncologiche.

Il contenimento del tasso di variazione media annua è maggiore nelle regioni sottoposte a piano di rientro per le quali da una variazione media annua del 20,1% del periodo 2003-2006 si passa al 14,6% tra il 2007 e il 2011 per arrivare al 6,3% nel settennio finale (Fig. 1.13).

Per le regioni non sottoposte ai piani di rientro da una variazione media annua del 13,7% del periodo 2003-2006 si passa al 9,6% del quinquennio 2007-2011 e si arriva al 6% tra il 2012 e il 2018.

Le autonomie speciali, da una dinamica media annua del 13,8% del primo periodo considerato, si sono attestate al 5% tra il 2012 e il 2018.

Con riferimento al peso percentuale della spesa per i prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, le regioni sottoposte ai piani di rientro hanno registrato una crescita leggermente maggiore rispetto ai due *cluster* rimanenti. Nel primo raggruppamento, in effetti, l'incremento registrato tra il primo e l'ultimo anno della serie storica risulta essere dell'8,3%, mentre con riferimento ai restanti due gruppi di regioni l'aumento riscontrato si attesta intorno al 6% circa.

Tab. 1.10: spesa per i prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	199,8	242,8	285,2	331,9	365,2	405,2	489,4	535,2	613,3	638,2	612,2	638,8	673,5	682,5	783,2	802,4	822,0
Valle d'Aosta	5,3	6,2	6,8	8,3	8,6	9,1	11,4	13,1	13,7	15,2	13,9	13,9	14,6	18,3	18,0	18,2	18,6
Lombardia	343,6	364,0	410,4	516,7	561,6	631,2	765,1	856,6	956,0	1.006,6	1.056,3	1.127,4	1.215,0	1.512,8	1.491,5	1.551,7	1.605,4
Provincia autonoma di Bolzano	24,0	27,8	28,9	31,1	41,5	45,0	49,3	51,3	54,6	58,9	60,5	65,5	68,7	81,0	85,0	87,6	93,8
Provincia autonoma di Trento	24,1	27,0	29,4	31,9	34,2	38,8	34,4	38,9	42,0	43,5	45,7	46,3	50,0	57,1	61,7	63,7	71,9
Veneto	236,3	274,1	304,8	329,2	355,9	396,6	469,1	520,0	569,5	589,9	602,5	629,4	673,2	737,2	780,6	826,3	847,0
Friuli Venezia Giulia	56,3	67,5	82,0	88,5	99,5	126,5	153,1	166,3	174,4	187,4	178,0	195,4	193,7	226,1	243,6	259,5	273,9
Liguria	80,0	90,6	122,3	144,6	158,0	177,6	209,9	226,5	239,0	240,6	219,6	232,7	247,4	290,9	316,8	326,2	328,0
Emilia Romagna	265,7	313,1	353,0	384,9	403,4	435,6	529,9	578,8	613,5	624,2	614,7	653,0	675,5	754,4	839,9	884,0	915,7
Toscana	258,1	305,3	345,8	396,1	405,9	453,6	538,2	611,5	619,1	642,9	626,1	617,3	710,2	735,9	819,2	819,7	873,4
Umbria	56,6	66,7	72,4	75,1	83,6	97,4	104,2	116,8	124,8	131,7	135,2	144,7	155,1	159,5	195,9	201,3	204,8
Marche	90,9	106,2	124,3	148,8	173,1	186,9	211,6	225,6	243,6	253,0	261,6	260,4	272,3	302,9	326,1	338,7	336,1
Lazio	147,9	181,0	202,9	343,5	391,5	491,4	573,2	636,8	701,6	735,7	758,0	813,9	852,1	944,4	1.014,5	1.063,2	1.133,3
Abruzzo	68,9	82,3	93,2	106,3	119,4	123,1	146,6	156,3	160,6	171,9	167,9	179,4	189,8	213,7	240,4	251,3	267,7
Molise	13,6	15,9	17,6	22,3	24,2	24,5	30,1	33,1	35,2	39,0	36,6	37,2	42,6	51,7	52,8	56,1	58,7
Campania	217,8	275,4	335,0	430,0	460,0	511,6	597,3	644,4	689,6	712,6	721,0	760,1	848,9	1.062,6	1.166,8	1.137,1	1.195,7
Puglia	147,6	164,5	198,3	225,5	316,3	371,8	441,0	486,4	542,4	564,3	608,4	584,9	618,1	722,6	790,5	851,4	909,2
Basilicata	25,5	32,1	36,4	52,3	53,9	57,7	59,6	68,8	75,4	82,7	79,9	84,0	85,6	98,8	108,2	115,7	128,5
Calabria	65,0	75,1	84,2	94,6	108,1	120,8	145,3	183,9	206,4	249,5	246,7	284,0	296,4	364,1	375,4	389,8	404,6
Sicilia	147,8	171,7	194,2	266,7	318,7	356,6	419,0	463,1	488,8	524,9	556,2	579,3	643,8	783,0	830,1	848,4	901,2
Sardegna	97,0	108,4	125,4	135,4	137,2	174,6	222,6	239,6	268,5	272,4	255,7	285,9	307,7	337,5	362,7	360,3	352,1
ITALIA	2.571,8	2.997,9	3.452,6	4.163,6	4.619,6	5.235,6	6.200,1	6.853,2	7.431,9	7.785,0	7.856,8	8.233,5	8.834,1	10.137,1	10.902,8	11.252,6	11.741,6
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	168,9	194,4	221,5	255,5	282,7	315,7	375,3	418,4	430,1	446,4	449,5	468,6	504,3	574,0	609,8	651,8	673,4
Variazione %	15,1%	13,9%	15,4%	15,4%	10,6%	11,7%	18,9%	11,5%	2,8%	3,8%	0,7%	4,3%	7,6%	13,8%	6,2%	6,9%	3,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	110,4	132,2	155,8	207,0	229,9	265,6	314,1	342,8	429,7	454,5	463,4	484,7	520,6	603,1	656,7	656,8	695,8
Variazione %	19,7%	17,9%	17,9%	32,8%	11,1%	15,6%	18,2%	9,2%	25,3%	5,8%	2,0%	4,6%	7,4%	15,8%	8,9%	0,0%	5,9%
Autonomie speciali ^(c)	27,4	32,1	36,8	39,9	45,9	54,9	62,0	67,4	110,6	115,5	110,8	121,4	126,9	144,0	154,2	157,9	162,1
Variazione %	17,2%	14,5%	14,5%	8,6%	15,1%	19,4%	13,1%	8,6%	64,1%	4,4%	-4,1%	9,6%	4,6%	13,5%	7,1%	2,4%	2,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. La Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.11: spesa per i prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	3,4%	4,0%	4,0%	4,6%	4,9%	5,2%	6,1%	6,4%	7,2%	7,6%	7,3%	7,8%	8,2%	8,4%	9,5%	9,7%	9,7%
Valle d'Aosta	2,8%	3,1%	3,2%	3,7%	3,5%	3,7%	4,4%	5,0%	4,9%	5,4%	5,0%	5,1%	5,6%	7,0%	7,0%	7,1%	7,2%
Lombardia	2,7%	2,9%	3,1%	3,5%	3,7%	3,9%	4,6%	5,0%	5,4%	5,6%	5,8%	6,2%	6,5%	8,0%	7,9%	8,0%	8,1%
Provincia autonoma di Bolzano	2,8%	3,1%	3,1%	3,2%	4,1%	4,2%	4,5%	4,8%	5,0%	5,3%	5,3%	5,6%	6,0%	6,9%	7,1%	7,0%	7,3%
Provincia autonoma di Trento	3,4%	3,4%	3,6%	3,7%	3,8%	4,1%	3,5%	3,7%	3,8%	3,8%	4,0%	4,0%	4,3%	5,1%	5,4%	5,3%	5,9%
Veneto	3,8%	4,2%	4,4%	4,4%	4,5%	4,9%	5,6%	6,0%	6,5%	6,7%	6,9%	7,2%	7,7%	8,3%	8,7%	8,9%	9,0%
Friuli Venezia Giulia	3,4%	3,9%	4,4%	4,5%	5,0%	5,9%	6,6%	6,9%	7,1%	7,5%	7,1%	7,9%	8,2%	9,7%	10,3%	10,7%	10,9%
Liguria	3,3%	3,7%	4,3%	4,9%	5,3%	5,7%	6,6%	6,9%	7,4%	7,4%	7,0%	7,5%	7,8%	9,2%	9,9%	10,2%	10,1%
Emilia Romagna	4,5%	5,1%	5,3%	5,5%	5,5%	5,7%	6,7%	7,0%	7,3%	7,3%	7,0%	7,6%	7,8%	8,6%	9,5%	9,8%	10,0%
Toscana	5,2%	6,0%	6,1%	6,7%	6,5%	7,1%	8,1%	8,6%	8,7%	9,0%	8,8%	8,9%	10,0%	10,2%	11,3%	11,0%	11,6%
Umbria	4,8%	5,2%	5,4%	5,4%	5,7%	6,5%	6,7%	7,2%	7,7%	8,1%	8,2%	8,8%	9,5%	9,7%	11,7%	11,7%	11,7%
Marche	4,5%	5,1%	5,5%	6,3%	7,1%	7,4%	8,1%	8,2%	8,7%	9,1%	9,5%	9,6%	10,0%	11,1%	11,7%	12,0%	11,8%
Lazio	2,0%	2,3%	2,1%	3,4%	3,7%	4,6%	5,2%	5,7%	6,3%	6,8%	7,0%	7,7%	8,0%	8,8%	9,5%	9,9%	10,5%
Abruzzo	3,8%	4,2%	4,8%	4,7%	5,4%	5,3%	6,2%	6,7%	6,9%	7,5%	7,1%	7,7%	8,0%	9,1%	10,0%	10,2%	10,8%
Molise	3,1%	3,0%	3,4%	3,4%	4,1%	4,0%	4,6%	5,0%	5,3%	6,0%	5,5%	5,3%	6,4%	8,1%	8,0%	8,6%	9,3%
Campania	2,9%	3,5%	3,8%	4,5%	5,0%	5,3%	6,0%	6,4%	6,9%	7,3%	7,4%	7,9%	8,7%	10,8%	11,7%	11,7%	11,7%
Puglia	2,9%	3,2%	3,7%	3,7%	5,1%	5,5%	6,2%	6,8%	7,5%	8,0%	8,8%	8,4%	8,8%	10,2%	10,9%	11,7%	12,3%
Basilicata	3,5%	4,2%	4,4%	5,8%	5,9%	6,0%	5,9%	6,7%	7,1%	7,8%	7,8%	8,2%	8,3%	9,6%	10,5%	10,8%	12,2%
Calabria	2,6%	2,9%	3,0%	3,3%	3,6%	3,6%	4,3%	5,3%	6,0%	7,4%	7,3%	8,6%	8,8%	10,8%	11,0%	11,4%	11,7%
Sicilia	2,3%	2,6%	2,6%	3,4%	3,8%	4,3%	5,1%	5,5%	5,7%	6,2%	6,5%	6,8%	7,4%	9,0%	9,4%	9,4%	9,8%
Sardegna	4,4%	4,8%	5,1%	5,0%	5,2%	6,5%	7,7%	7,9%	8,6%	8,6%	7,9%	9,0%	9,5%	10,4%	11,0%	11,2%	10,7%
ITALIA	3,3%	3,7%	3,8%	4,3%	4,7%	5,1%	5,8%	6,3%	6,7%	7,1%	7,1%	7,5%	8,0%	9,1%	9,7%	9,8%	10,1%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	3,6%	4,0%	4,2%	4,6%	4,9%	5,2%	5,9%	6,4%	6,8%	7,0%	7,0%	7,3%	7,8%	8,8%	9,3%	9,4%	9,6%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	2,7%	3,1%	3,2%	4,0%	4,4%	5,0%	5,7%	6,1%	6,7%	7,1%	7,3%	7,7%	8,2%	9,5%	10,2%	10,5%	11,0%
Autonomie speciali ^(c)	3,2%	3,5%	3,8%	3,9%	4,4%	5,0%	5,3%	5,6%	6,9%	7,0%	6,7%	7,4%	7,8%	8,8%	9,3%	9,5%	9,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.13: spesa media per i prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.13.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

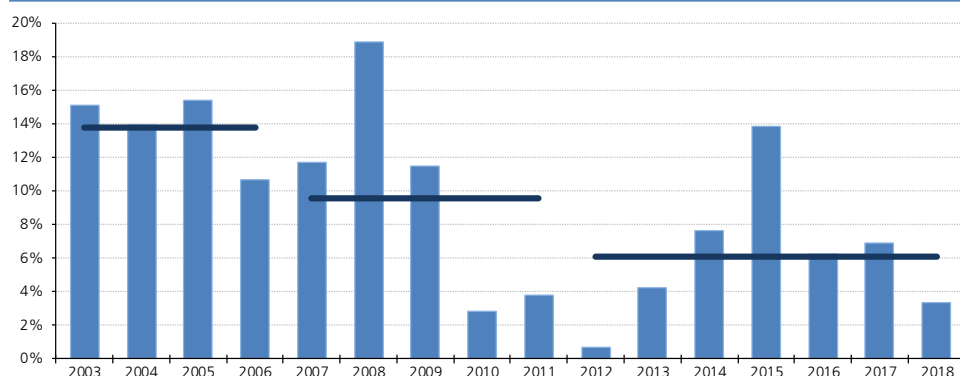


Fig. 1.13.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

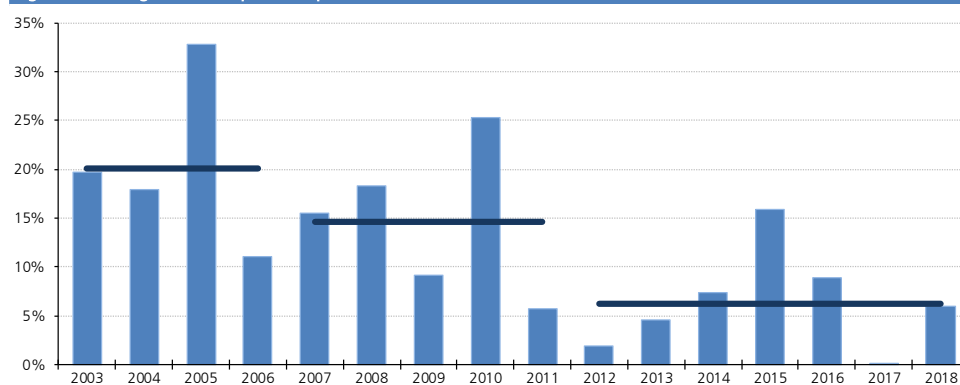
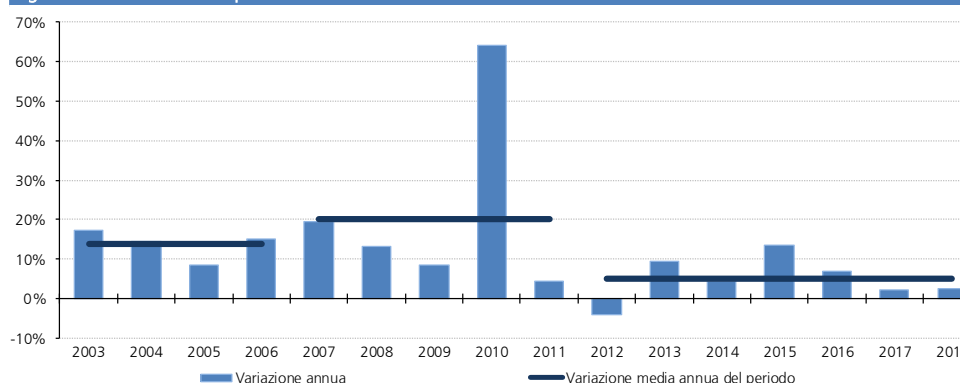


Fig. 1.13.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici. La spesa per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici è aumentata nel periodo 2002-2018 di quasi 9.500 milioni di euro corrispondenti a un tasso di crescita medio annuo del 3,4% (Tab. 1.12).

Tale componente di spesa ha evidenziato una tendenza alla diminuzione sia in termini assoluti, sia in termini di variazione media annua. Infatti, se tra il 2002 e il 2006 per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici la spesa è aumentata di 5.405 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 è cresciuta di quasi 2.600 milioni di euro per scendere di circa 1.500 milioni di euro nel periodo 2011-2018.

Anche le variazioni medie annue nei tre intervalli mostrano una contrazione continua: dall'8,8% iniziale, si passa al 2,6% per giungere all'1% tra il 2012 e il 2018.

Di contro, il peso percentuale della spesa sanitaria per i consumi intermedi al netto dei prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa complessiva (Tab. 1.13) cresce di quasi tre punti percentuali tra il primo anno della serie storica (17%) e l'ultimo (19,7%).

La sensibile riduzione del tasso di crescita dell'aggregato nel corso degli ultimi anni è da ricondursi sia alle misure di contenimento della spesa per beni e servizi disposte dalla normativa nazionale, con particolare riferimento a quelle introdotte dal DL 95/2012, sia alle politiche di efficientamento attuate autonomamente dalle regioni, anche attraverso l'introduzione di processi di centralizzazione degli acquisti ai sensi dell'art. 9 del DL 66/2014.

La tendenziale contrazione della dinamica della spesa si registra anche all'interno dei tre raggruppamenti di regioni identificati. Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro evidenzia, infatti, una costante flessione visto che dal 12,2% del periodo 2003-2006 scende al 4,3% tra il 2007 e il 2011 e allo 0,5% nel settennio finale (Fig. 1.14).

Più contenuta è risultata, invece, la contrazione per le regioni non sottoposte a piano di rientro per le quali il tasso medio annuo di crescita iniziale (+7,3%) si è ridotto al 2,9% nel secondo intervallo temporale e all'1,1% nell'ultimo.

Tra il 2002 e il 2006 le autonomie speciali presentano lo stesso tasso di crescita media delle regioni non in piano, ma alla fine del periodo fanno registrare una variazione media annua addirittura negativa (-0,3%).

Con riferimento al peso percentuale della spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva le regioni sottoposte ai piani di rientro mostrano un incremento dell'incidenza doppio rispetto a quelle non in piano (4,2% contro 2,1%).

Le autonomie speciali evidenziano, invece, un peso percentuale sostanzialmente stabile nel corso degli anni (+0,2%).

Tab. 1.12: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	1.100,5	1.213,2	1.346,0	1.482,5	1.542,3	1.623,2	1.630,2	1.678,6	1.689,6	1.702,5	1.743,7	1.692,0	1.660,2	1.647,1	1.649,7	1.701,3	1.810,6
Vale d'Aosta	42,4	43,5	47,8	53,5	57,8	60,5	72,7	77,3	84,6	84,1	80,1	75,4	71,3	66,4	61,6	63,8	67,0
Lombardia	2.132,4	2.058,3	2.121,9	2.506,0	2.703,0	2.960,1	2.882,5	3.016,1	3.204,7	3.305,3	3.412,0	3.472,3	3.503,9	3.488,7	3.475,9	3.505,7	3.651,6
Provincia autonoma di Bolzano	223,0	241,9	253,1	263,1	273,8	243,4	220,9	218,2	217,2	221,0	242,7	236,6	231,3	233,3	233,0	245,5	253,2
Provincia autonoma di Trento	131,1	140,4	155,0	163,2	174,1	192,0	204,4	217,9	224,5	228,4	238,9	237,5	246,7	251,0	238,8	243,2	251,6
Veneto	1.377,8	1.485,8	1.559,6	1.638,2	1.788,6	2.048,1	1.824,1	1.928,7	2.004,0	2.075,9	2.082,0	2.076,6	2.082,7	2.101,3	2.080,7	2.072,1	2.146,7
Friuli Venezia Giulia	324,2	377,0	433,2	475,3	449,1	514,7	562,5	599,1	602,2	631,5	682,7	658,2	600,4	516,2	518,1	536,1	558,7
Liguria	423,6	458,8	529,3	584,8	597,2	637,4	640,2	683,5	674,4	681,7	629,0	637,5	639,0	634,5	634,1	640,6	662,8
Emilia Romagna	1.233,6	1.306,7	1.389,2	1.526,5	1.624,9	1.685,6	1.699,4	1.763,5	1.803,4	1.793,8	1.914,4	1.880,9	1.866,3	1.868,5	1.844,3	1.871,7	1.876,6
Toscana	1.041,4	1.122,5	1.279,4	1.362,7	1.435,9	1.559,4	1.479,9	1.671,7	1.695,8	1.714,5	1.709,4	1.661,0	1.694,9	1.739,2	1.692,0	1.721,2	1.752,5
Umbria	252,1	277,7	293,0	313,4	343,5	342,2	359,6	376,3	385,2	391,0	394,4	372,5	367,8	375,4	381,7	388,1	389,6
Marche	390,8	395,2	415,4	455,5	480,5	488,2	553,4	572,2	602,9	573,2	559,0	544,1	539,3	535,5	534,5	555,8	577,4
Lazio	1.036,1	1.232,8	1.422,4	1.915,8	1.971,9	2.132,8	1.989,4	2.142,2	2.183,0	2.146,6	2.154,5	2.114,8	2.064,0	2.009,1	1.971,5	1.965,5	2.020,8
Abruzzo	303,1	323,9	352,4	394,6	408,9	431,4	451,1	468,0	466,9	490,7	523,3	511,4	515,3	522,7	535,6	543,2	554,8
Molise	77,6	92,4	95,3	102,9	103,1	110,6	114,6	120,3	117,8	117,9	124,3	124,8	118,6	109,5	113,6	119,0	118,0
Campania	956,8	1.057,5	1.206,4	1.447,5	1.422,0	1.534,8	1.603,7	1.638,7	1.526,1	1.474,0	1.523,8	1.578,9	1.626,8	1.641,7	1.671,5	1.701,0	1.734,1
Puglia	781,0	820,8	963,9	1.073,4	1.125,3	1.206,8	1.213,7	1.267,8	1.298,5	1.261,6	1.292,5	1.295,8	1.338,0	1.298,6	1.322,7	1.339,7	1.393,2
Basilicata	140,9	150,9	152,3	165,7	169,7	195,0	197,6	193,1	198,8	213,5	196,9	196,2	200,5	195,0	189,5	203,0	208,9
Calabria	307,2	327,3	334,9	375,0	406,4	440,7	447,9	490,6	493,8	475,3	496,8	513,1	520,1	549,2	580,7	592,8	598,0
Sicilia	766,9	798,5	903,6	1.124,9	1.262,7	1.256,0	1.082,2	1.114,6	1.102,7	1.152,2	1.203,1	1.239,3	1.229,7	1.208,2	1.281,0	1.374,5	1.587,9
Sardegna	373,5	370,7	395,5	444,7	480,0	491,7	550,2	600,1	606,4	659,7	669,3	669,6	711,0	646,9	641,2	631,8	660,6
ITALIA	13.415,9	14.295,9	15.649,8	17.869,2	18.820,6	20.154,7	19.780,4	20.838,4	21.182,8	21.394,2	21.873,0	21.788,4	21.827,9	21.638,1	21.651,8	22.015,5	22.874,5
Spesa sanitaria corrente media																	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	875,8	915,8	985,6	1.089,9	1.162,0	1.254,9	1.228,8	1.295,9	1.321,2	1.343,6	1.362,1	1.355,1	1.361,8	1.367,3	1.354,1	1.406,6	1.453,0
Variazione %		4,6%	7,6%	10,6%	6,6%	8,0%	-2,1%	5,5%	2,0%	1,7%	1,4%	-0,5%	0,5%	0,4%	-1,0%	3,9%	3,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	562,5	619,2	700,7	859,3	882,3	942,1	918,8	966,8	1.109,8	1.102,6	1.132,8	1.133,7	1.134,1	1.123,3	1.140,8	1.090,8	1.143,8
Variazione %		10,1%	13,2%	22,6%	3,8%	5,6%	-2,5%	5,2%	14,8%	-0,7%	2,7%	0,1%	0,0%	-1,0%	1,6%	-4,4%	4,9%
Autonomie speciali ^(c)	180,2	200,7	222,3	238,8	238,7	252,7	265,1	278,1	347,0	364,9	382,7	375,5	372,2	342,8	338,6	344,1	358,2
Variazione %		11,4%	10,7%	7,4%	0,0%	5,8%	4,9%	4,9%	24,8%	5,2%	4,9%	-1,9%	-0,9%	-7,9%	-1,2%	1,6%	4,1%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEI).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.13: spesa per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	18,8%	19,7%	18,9%	20,6%	20,7%	21,0%	20,2%	20,1%	20,0%	20,2%	20,8%	20,7%	20,3%	20,3%	20,0%	20,5%	21,4%
Vale d'Aosta	22,3%	22,0%	22,9%	23,8%	23,6%	24,5%	27,9%	29,3%	30,5%	30,2%	28,7%	27,8%	27,4%	25,4%	24,0%	25,1%	25,9%
Lombardia	16,8%	16,2%	15,8%	17,0%	17,6%	18,3%	17,2%	17,5%	18,0%	18,2%	18,8%	19,0%	18,6%	18,5%	18,4%	18,0%	18,4%
Provincia autonoma di Bolzano	25,9%	26,6%	27,0%	28,8%	26,8%	26,9%	19,9%	20,5%	19,8%	19,9%	21,1%	20,4%	20,2%	19,9%	19,4%	19,6%	19,8%
Provincia autonoma di Trento	17,4%	17,5%	18,9%	19,1%	19,3%	20,4%	20,5%	20,5%	20,5%	20,2%	20,6%	20,6%	21,4%	22,2%	20,8%	20,4%	20,6%
Veneto	22,0%	22,8%	22,4%	21,7%	22,7%	25,3%	21,7%	22,3%	22,8%	23,7%	23,9%	23,9%	25,3%	23,8%	23,2%	22,4%	22,8%
Friuli Venezia Giulia	19,5%	21,8%	23,0%	23,9%	22,6%	23,9%	24,3%	24,9%	24,7%	25,3%	27,2%	26,7%	25,3%	22,1%	21,9%	22,0%	22,3%
Liguria	17,6%	18,6%	18,5%	20,0%	20,2%	20,6%	20,2%	20,9%	20,8%	21,1%	20,0%	20,4%	20,2%	20,0%	19,9%	20,0%	20,5%
Emilia Romagna	21,0%	21,4%	20,7%	21,6%	22,2%	22,1%	21,4%	21,3%	21,4%	21,1%	21,8%	21,8%	21,6%	21,4%	20,8%	20,7%	20,5%
Toscana	20,8%	21,9%	22,6%	23,0%	23,2%	24,4%	22,2%	23,5%	23,9%	24,0%	24,0%	23,9%	23,8%	24,2%	23,2%	23,1%	23,3%
Umbria	21,2%	21,8%	21,9%	22,5%	23,5%	22,9%	23,0%	23,3%	23,7%	23,9%	24,0%	22,6%	22,5%	22,7%	22,8%	22,6%	22,2%
Marche	19,2%	19,0%	18,3%	19,4%	19,6%	19,3%	21,1%	20,9%	21,5%	20,5%	20,3%	20,1%	19,7%	19,5%	19,1%	19,7%	20,2%
Lazio	14,1%	15,5%	14,9%	19,2%	18,7%	19,9%	18,2%	19,2%	19,7%	19,7%	19,9%	19,9%	19,4%	18,8%	18,4%	18,4%	18,8%
Abruzzo	16,7%	16,5%	18,1%	17,6%	18,5%	18,5%	19,2%	20,0%	20,0%	21,3%	22,3%	22,1%	21,7%	22,3%	22,2%	22,1%	22,4%
Molise	17,3%	17,6%	18,4%	15,8%	17,5%	17,8%	17,7%	18,1%	17,8%	18,2%	18,7%	17,9%	17,9%	17,0%	17,2%	18,3%	18,7%
Campania	12,7%	13,6%	13,8%	15,0%	15,5%	15,8%	16,0%	16,2%	15,3%	15,0%	15,7%	16,5%	16,6%	16,6%	16,7%	16,7%	16,9%
Puglia	15,5%	16,0%	17,8%	17,4%	18,0%	17,9%	17,2%	17,8%	18,0%	17,9%	18,7%	18,7%	19,0%	18,3%	18,3%	18,4%	18,9%
Basilicata	19,4%	19,7%	18,5%	18,5%	18,6%	20,1%	19,5%	18,7%	18,8%	20,2%	19,1%	19,2%	19,5%	18,9%	18,3%	19,0%	19,9%
Calabria	12,1%	12,7%	12,1%	13,1%	13,5%	13,3%	13,3%	14,1%	14,3%	14,1%	14,8%	15,5%	15,4%	16,4%	16,9%	17,4%	17,3%
Sicilia	11,9%	12,0%	12,1%	14,4%	15,0%	15,1%	13,1%	13,3%	13,0%	13,6%	14,1%	14,5%	14,2%	14,0%	14,5%	15,2%	17,2%
Sardegna	16,9%	16,3%	16,2%	16,5%	18,2%	18,2%	19,0%	19,7%	19,4%	20,7%	20,8%	21,0%	22,0%	20,0%	19,5%	19,6%	20,1%
ITALIA	17,0%	17,5%	17,4%	18,6%	19,0%	19,6%	18,6%	19,0%	19,2%	19,4%	19,8%	19,9%	19,7%	19,5%	19,2%	19,3%	19,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	18,5%	18,9%	18,8%	19,4%	19,9%	20,5%	19,4%	19,8%	20,8%	21,0%	21,2%	21,2%	21,0%	20,9%	20,5%	20,3%	20,7%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	13,9%	14,6%	14,6%	16,7%	17,1%	17,6%	16,8%	17,3%	17,2%	17,3%	17,9%	18,1%	17,9%	17,7%	17,7%	17,5%	18,1%
Autonomie speciali ^(c)	20,8%	22,0%	23,1%	23,6%	23,0%	22,9%	22,7%	23,2%	21,6%	22,3%	23,0%	22,8%	22,8%	21,1%	20,5%	20,6%	21,0%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.14: spesa media per i consumi intermedi diversi dai prodotti farmaceutici per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.14.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

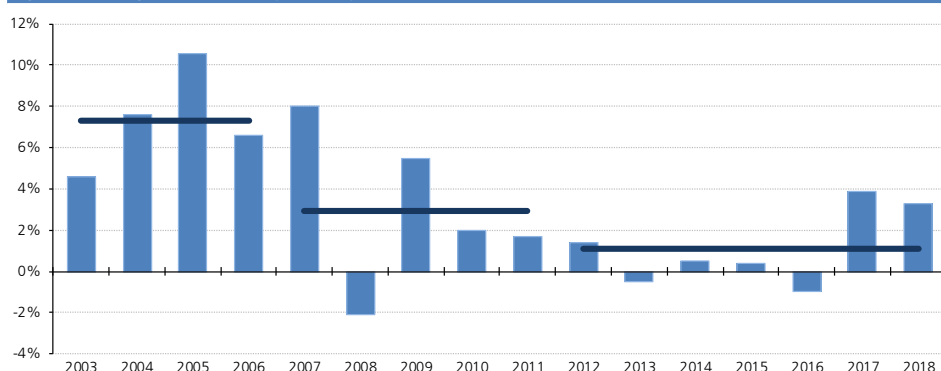


Fig. 1.14.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

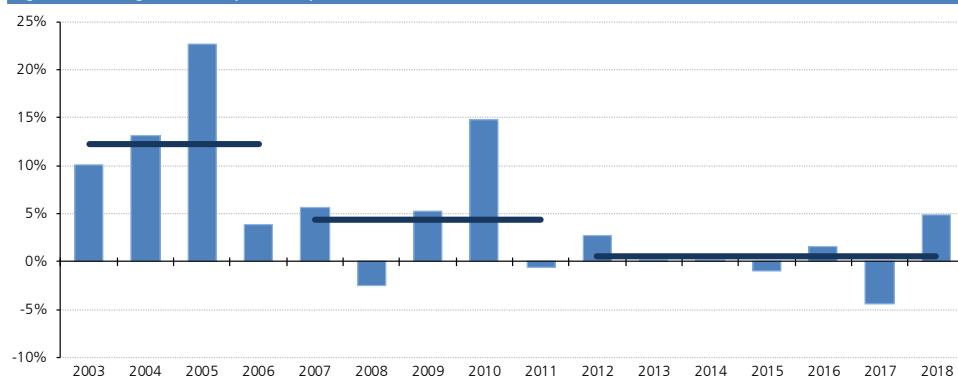
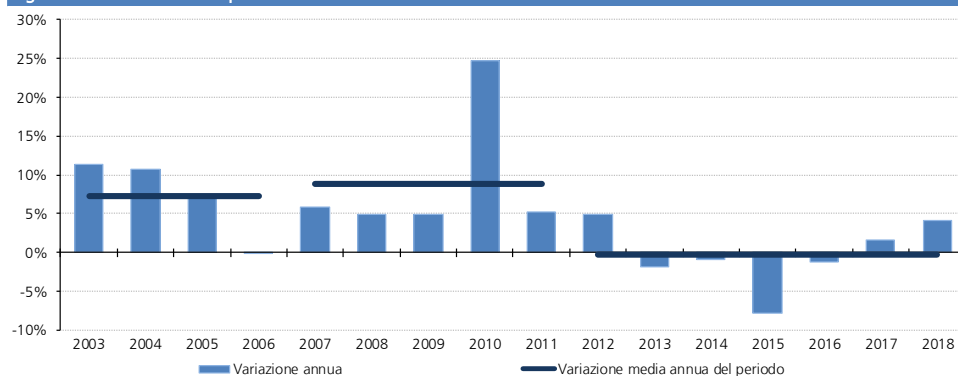


Fig. 1.14.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Farmaceutica convenzionata. La spesa per la farmaceutica convenzionata dal 2002 al 2018 è diminuita in valore assoluto di 4.295 milioni di euro, facendo registrare un tasso di riduzione media annua del 2,8% (Tab. 1.14), in controtendenza rispetto all'andamento crescente di tutti i restanti aggregati.

Solo tra il 2002 e il 2006 la spesa per la farmaceutica convenzionata ha mostrato valori in espansione, seppur modesti: 554 milioni di euro equivalenti a un incremento medio annuo dell'1,2%. In ognuno dei due successivi intervalli considerati il livello di spesa è sceso di oltre 2.300 milioni di euro corrispondenti a una contrazione media annua di circa il 4%.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa complessiva si riduce di oltre la metà scendendo dal 15% del 2002 al 6,5% del 2018 (Tab. 1.15).

Sul contenimento dei costi di tale componente ha influito sia la previsione di un tetto alla spesa con il conseguente meccanismo di riequilibrio dell'eventuale sfondamento attraverso il *pay-back*, sia l'accresciuto controllo sulle prescrizioni farmaceutiche attraverso le procedure relative alla ricetta elettronica *on-line* gestite mediante il sistema tessera sanitaria³². Con particolare riferimento agli ultimi anni, il *trend* dell'aggregato ha risentito anche dell'introduzione, sia nelle Regioni sotto piano di rientro che in quelle non sottoposte ai piani di rientro, di misure di compartecipazione del cittadino alla spesa (c.d. *ticket*). Unitamente a tali fattori hanno concorso anche una più attenta politica di monitoraggio delle prescrizioni farmaceutiche, nonché il già descritto rafforzamento della distribuzione diretta dei farmaci attuato in diversi SSR a scapito di quella convenzionata.

L'azione congiunta di tali cause ha fatto sì che la spesa per la farmaceutica convenzionata negli ultimi anni, come già evidenziato, si sia collocata stabilmente al di sotto del livello registrato nel 2002.

Gli andamenti rilevati a livello nazionale trovano riscontro anche nelle dinamiche per i raggruppamenti di regioni considerati (Fig. 1.15).

Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro ha evidenziato un aumento nel periodo 2003-2006 (+2%) e una diminuzione nei due intervalli temporali successivi (-3% e -4,5%, rispettivamente).

In modo analogo, le regioni non in piano di rientro fanno registrare un tasso medio annuo positivo tra il 2003 e il 2006 (+0,5%) e due variazioni negative successivamente (-5,6% e -2,6%, rispettivamente).

Anche le autonomie speciali, da un tasso di variazione media annua dell'1% tra il 2002 e il 2006 scendono a -4,4% nel settennio finale.

Relativamente al peso della spesa per la farmaceutica convenzionata sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, i tre raggruppamenti di regioni denotano similari diminuzioni dell'incidenza percentuale.

³² In merito al sistema tessera sanitaria si rinvia al capitolo dedicato.

Tab. 1.14: spesa per la farmaceutica convenzionata per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	763,4	711,5	751,7	758,7	803,8	796,6	808,0	811,9	774,8	697,9	643,4	608,6	595,9	583,0	579,7	538,8	536,9
Valle d'Aosta	22,0	21,8	23,6	22,4	23,1	22,7	21,3	21,4	22,1	19,6	19,0	18,7	18,2	16,6	15,5	14,9	14,9
Lombardia	1.748,0	1.504,9	1.667,2	1.592,0	1.679,5	1.631,6	1.573,8	1.565,7	1.560,2	1.436,7	1.328,5	1.293,2	1.266,9	1.307,1	1.316,5	1.266,1	1.323,2
Provincia autonoma di Bolzano	72,1	70,6	73,9	69,0	63,7	60,6	59,9	60,7	61,5	55,3	46,0	44,6	46,1	46,2	46,1	43,1	40,3
Provincia autonoma di Trento	73,9	73,3	80,4	77,1	80,3	78,9	77,2	77,4	78,5	75,3	69,4	67,7	66,8	61,9	60,6	58,1	62,0
Veneto	783,6	726,6	793,2	777,3	803,7	782,9	745,3	749,0	743,2	671,1	589,1	583,2	555,4	542,6	523,7	498,3	482,9
Friuli Venezia Giulia	221,7	215,6	232,7	225,4	237,8	232,6	225,3	223,5	230,4	216,2	196,2	189,6	186,5	181,2	166,9	162,1	161,9
Liguria	359,3	353,2	379,8	378,7	385,5	348,3	335,1	318,8	299,4	283,4	246,9	236,1	227,2	209,3	194,1	177,4	190,9
Emilia Romagna	781,0	764,2	804,2	779,7	793,6	769,9	727,5	718,7	715,3	646,6	551,9	532,9	510,6	496,5	485,4	446,8	459,8
Toscana	680,1	637,9	677,4	666,2	679,0	657,2	632,3	607,8	611,3	551,6	504,7	465,5	457,0	450,1	454,8	426,2	419,2
Umbria	166,7	157,6	164,7	166,6	172,0	165,4	161,8	156,5	156,5	146,6	135,7	131,1	123,8	127,3	126,7	120,8	121,9
Marche	310,3	289,5	305,6	301,6	308,5	305,3	293,4	288,1	284,6	255,0	233,2	239,2	234,8	233,7	243,6	224,3	206,4
Lazio	1.246,8	1.263,0	1.409,9	1.397,6	1.518,1	1.312,9	1.252,4	1.171,3	1.195,4	1.087,8	927,0	900,9	884,3	887,3	860,1	823,4	809,1
Abruzzo	288,2	278,1	276,9	274,9	267,2	267,2	267,5	260,8	263,9	248,3	225,4	219,5	223,8	230,9	224,4	214,0	204,7
Molise	71,5	70,2	75,1	67,1	67,8	63,6	63,8	62,7	58,5	55,0	50,5	50,2	48,0	45,9	43,0	40,2	39,7
Campania	1.259,1	1.206,6	1.264,4	1.234,4	1.217,0	1.118,3	1.115,5	1.097,7	1.068,7	950,9	878,8	860,6	847,3	862,4	829,0	769,2	758,4
Puglia	853,7	806,7	876,8	903,5	935,3	837,1	854,8	875,7	869,4	719,9	638,0	668,1	669,5	614,3	624,3	562,8	545,9
Basilicata	131,4	127,9	132,0	109,6	120,0	111,8	114,3	114,8	106,3	95,5	82,3	81,0	79,4	81,5	78,3	73,1	72,7
Calabria	459,5	431,0	451,8	478,8	523,5	498,7	488,2	459,3	441,5	362,1	332,8	313,5	314,3	305,6	300,5	283,5	276,2
Sicilia	1.199,6	1.120,3	1.273,5	1.245,6	1.307,5	1.138,7	1.072,5	1.016,6	1.023,4	954,4	870,5	811,8	737,9	677,1	668,4	616,0	576,6
Sardegna	337,3	360,2	382,6	368,3	373,3	340,3	336,4	339,2	347,4	332,8	322,0	300,1	295,9	274,3	258,3	233,3	230,2
ITALIA	11.829,2	11.190,9	12.097,6	11.894,4	12.383,4	11.540,5	11.226,5	10.997,5	10.912,6	9.862,0	8.891,3	8.616,1	8.389,7	8.234,7	8.099,9	7.592,4	7.533,8

Spesa sanitaria corrente media

Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

Variazione %

Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

Variazione %

Autonomie speciali ^(c)

Variazione %

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.15: spesa per la farmaceutica convenzionata in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	13,0%	11,6%	10,6%	10,5%	10,8%	10,3%	10,0%	9,7%	9,2%	8,3%	7,7%	7,4%	7,3%	7,2%	7,0%	6,5%	6,4%
Vale d'Aosta	11,5%	11,0%	11,3%	10,0%	9,4%	9,2%	8,2%	8,1%	8,0%	7,0%	6,8%	6,9%	7,0%	6,3%	6,0%	5,9%	5,8%
Lombardia	13,8%	11,8%	12,4%	10,8%	10,9%	10,1%	9,4%	9,1%	8,8%	7,9%	7,3%	7,1%	6,7%	6,9%	7,0%	6,5%	6,7%
Provincia autonoma di Bolzano	8,4%	7,8%	7,9%	7,0%	6,2%	5,7%	5,4%	5,7%	5,6%	5,0%	4,0%	3,8%	4,0%	3,9%	3,8%	3,4%	3,2%
Provincia autonoma di Trento	9,8%	9,1%	9,8%	9,0%	8,9%	8,4%	7,8%	7,3%	7,2%	6,7%	6,0%	5,9%	5,8%	5,5%	5,3%	4,9%	5,1%
Veneto	12,5%	11,1%	11,4%	10,3%	12,0%	9,7%	8,9%	8,7%	8,5%	7,7%	6,8%	6,7%	6,3%	6,1%	5,8%	5,4%	5,1%
Friuli Venezia Giulia	13,4%	12,4%	12,3%	11,3%	12,0%	10,8%	9,7%	9,3%	9,4%	8,7%	7,8%	7,7%	7,9%	7,8%	7,0%	6,7%	6,5%
Liguria	14,9%	14,3%	13,3%	12,9%	13,0%	11,2%	10,6%	9,7%	9,2%	8,8%	7,8%	7,6%	7,2%	6,6%	6,1%	5,5%	5,9%
Emilia Romagna	13,3%	12,5%	12,0%	11,1%	10,9%	10,1%	9,2%	8,7%	8,5%	7,7%	6,3%	6,2%	5,9%	5,7%	5,5%	4,9%	5,0%
Toscana	13,6%	12,4%	11,9%	11,2%	11,0%	10,3%	9,5%	8,5%	8,6%	7,7%	7,1%	6,7%	6,4%	6,3%	6,2%	5,7%	5,6%
Umbria	14,0%	12,4%	12,3%	11,9%	11,8%	11,1%	10,4%	9,7%	9,6%	9,0%	8,3%	8,0%	7,6%	7,7%	7,6%	7,0%	7,0%
Marche	15,2%	13,9%	13,4%	12,9%	12,6%	12,1%	11,2%	10,5%	10,2%	9,1%	8,5%	8,8%	8,6%	8,5%	8,7%	7,9%	7,2%
Lazio	16,9%	15,9%	14,8%	14,0%	14,4%	12,2%	11,4%	10,5%	10,8%	10,0%	8,5%	8,5%	8,3%	8,3%	8,0%	7,7%	7,5%
Abruzzo	15,8%	14,1%	14,2%	12,3%	13,2%	11,5%	11,4%	11,1%	11,3%	10,8%	9,6%	9,5%	9,4%	9,8%	9,3%	8,7%	8,3%
Molise	16,0%	13,4%	14,5%	10,3%	11,5%	10,3%	9,8%	9,5%	8,9%	8,5%	7,6%	7,2%	7,2%	7,1%	6,5%	6,2%	6,3%
Campania	16,7%	15,5%	14,4%	12,8%	13,2%	11,5%	11,1%	10,8%	10,7%	9,7%	9,1%	9,0%	8,6%	8,7%	8,3%	7,6%	7,4%
Puglia	17,0%	15,8%	16,2%	14,7%	15,0%	12,4%	12,1%	12,3%	12,0%	10,2%	9,2%	9,6%	9,5%	8,7%	8,6%	7,7%	7,4%
Basilicata	18,1%	16,7%	16,0%	12,2%	13,2%	11,5%	11,3%	11,1%	10,1%	9,0%	8,0%	7,9%	7,7%	7,9%	7,6%	6,8%	6,9%
Calabria	18,0%	16,7%	16,4%	16,8%	17,4%	15,1%	14,5%	13,2%	12,8%	10,7%	9,9%	9,5%	9,3%	9,1%	8,8%	8,3%	8,0%
Sicilia	18,5%	16,9%	17,0%	15,9%	15,6%	13,7%	13,0%	12,1%	12,0%	11,2%	10,2%	9,5%	8,5%	7,8%	7,6%	6,8%	6,2%
Sardegna	15,3%	15,9%	15,7%	13,7%	14,2%	12,6%	11,6%	11,1%	11,1%	10,5%	10,0%	9,4%	9,1%	8,5%	7,8%	7,3%	7,0%
ITALIA	15,0%	13,7%	13,5%	12,4%	12,5%	11,2%	10,6%	10,1%	9,9%	8,9%	8,1%	7,9%	7,6%	7,4%	7,2%	6,6%	6,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono rimosse la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.15: spesa media per la farmaceutica convenzionata per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.15.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

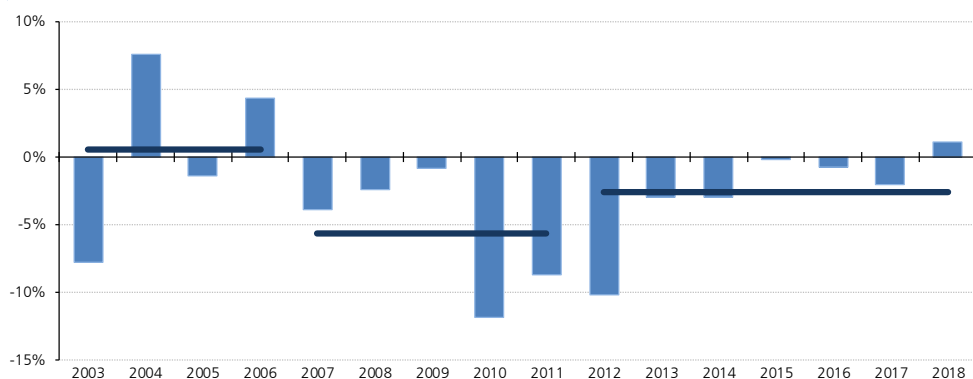


Fig. 1.15.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

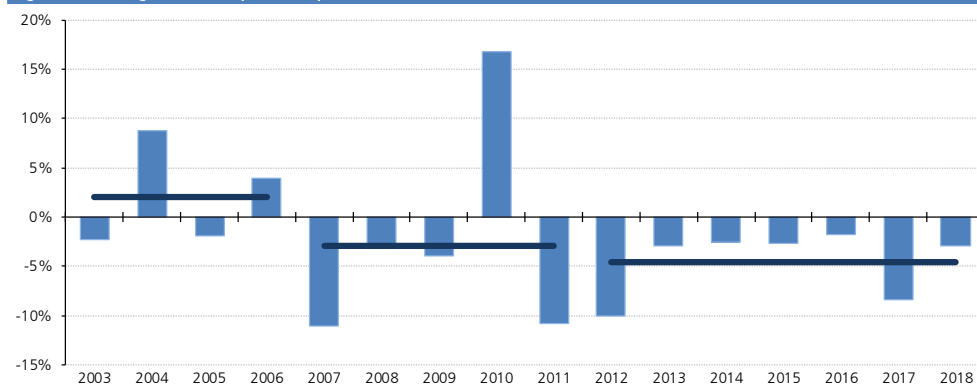
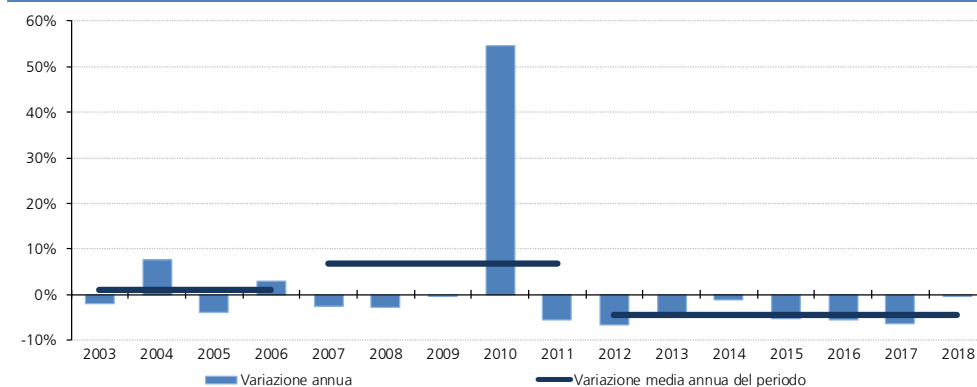


Fig. 1.15.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Assistenza medico-generica da convenzione. La spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione è aumentata dal 2002 al 2018 di 2.049 milioni di euro, corrispondente a un tasso di crescita medio annuo del 2,3% (Tab. 1.16).

Tale componente di spesa ha evidenziato un progressivo contenimento della dinamica di crescita. Infatti, se tra il 2002 e il 2006 i costi sono aumentati di oltre 1.300 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 sono cresciuti di quasi 700 milioni di euro, mentre sono rimasti sostanzialmente stabili nel periodo 2011-2018 (+25 milioni di euro).

Analogo andamento si è registrato con riferimento alle variazioni medie annue le quali nei tre intervalli temporali considerati mostrano una contrazione continua fino al sostanziale azzeramento: 6,6%, 2,2% e 0,1%.

Il peso percentuale della spesa sanitaria per l'assistenza medico-generica da convenzione sulla corrispondente spesa complessiva si attesta intorno al 6% con riferimento a ogni singolo anno della serie storica considerata (Tab. 1.17).

La sostanziale stabilità di tale voce di spesa è da ricondursi principalmente al blocco del rinnovo delle convenzioni di medicina di base e al congelamento dei relativi livelli retributivi, in analogia a quanto previsto per il personale dipendente del settore sanitario.

Gli andamenti registrati con riferimento ai tre raggruppamenti di regioni considerati ricalcano la stessa dinamica del totale della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione (Fig. 1.16).

In particolare, il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte a piano di rientro ha evidenziato una costante flessione visto che dal 6,6% del periodo 2003-2006 è sceso al 5,1% tra il 2007 e il 2011 fino a diventare addirittura negativo nel periodo 2012-2018 (-0,2%).

Più contenuta è risultata, invece, la contrazione per le regioni non sottoposte ai piani di rientro le quali pur partendo da un 6,6% medio annuo mostrano una variazione media annua prossima a zero nel settennio finale.

Anche per le autonomie speciali, partite da un tasso di incremento medio annuo del 4,8% tra il 2002 e il 2006, si è arrivati a un tendenziale annullamento della crescita media annua (+0,3%).

Relativamente al peso percentuale della spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione, sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, solo per le regioni non sottoposte ai piani di rientro si evidenzia una contrazione dell'incidenza percentuale che passa dal 5,7% del 2002 al 5,3% del 2018.

Per le regioni in piano di rientro e per le autonomie speciali si registra, invece, un lieve incremento (+0,3 e +0,2%, rispettivamente).

Tab. 1.16: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	319,2	355,8	367,7	407,7	425,3	435,9	441,9	462,9	475,2	475,1	475,9	477,7	480,3	480,6	480,4	481,8	480,6
Vale d'Aosta	9,8	9,5	9,9	12,4	11,9	11,8	13,3	15,4	14,5	15,3	15,6	16,2	16,1	16,1	15,6	15,5	16,5
Lombardia	648,6	672,4	697,7	872,6	877,5	863,5	837,1	882,9	907,0	900,1	898,7	874,2	874,0	874,8	872,7	869,9	874,9
Provincia autonoma di Bolzano	37,0	39,2	41,3	42,0	43,9	45,3	49,4	52,6	53,7	54,3	54,6	54,9	55,6	55,1	55,2	57,8	63,0
Provincia autonoma di Trento	43,0	45,6	46,4	51,1	50,8	52,3	53,6	55,3	57,5	58,9	59,3	59,2	58,4	59,0	59,4	58,1	59,6
Veneto	365,8	380,1	391,9	438,1	460,9	472,9	487,9	524,3	541,0	546,9	548,4	544,9	544,2	547,4	553,7	553,3	556,6
Friuli Venezia Giulia	93,0	96,0	97,4	106,0	114,1	118,3	117,2	125,0	126,6	132,8	130,7	128,5	126,5	124,5	132,3	133,1	134,1
Liguria	114,4	118,9	122,3	138,8	142,8	144,2	149,8	156,5	162,3	163,4	162,4	160,0	158,9	157,0	156,6	157,4	156,8
Emilia Romagna	316,5	323,9	331,9	373,8	391,5	425,0	450,5	482,3	510,9	516,5	525,0	520,4	521,3	523,5	521,3	523,3	520,8
Toscana	298,7	303,2	321,1	373,2	385,4	382,0	378,2	395,2	407,5	413,1	412,2	408,8	407,3	412,4	415,1	419,0	417,6
Umbria	67,8	70,0	71,0	78,0	82,5	80,5	85,8	89,6	90,4	91,2	88,4	96,1	94,1	94,4	95,1	96,1	95,1
Marche	129,9	135,4	135,9	148,6	155,9	158,5	162,5	169,6	167,8	172,2	172,7	173,2	172,4	172,2	170,6	171,0	170,4
Lazio	395,4	410,2	424,6	489,9	533,1	553,0	539,4	588,2	576,9	613,3	615,4	606,6	605,0	606,5	607,1	607,9	613,3
Abruzzo	114,0	113,0	111,2	128,1	139,7	150,8	150,8	149,8	150,9	153,1	151,5	150,7	155,0	154,9	155,4	155,9	155,6
Molise	28,8	29,5	33,4	41,2	41,1	45,8	46,4	49,3	50,0	51,8	50,9	48,8	48,4	47,2	46,6	47,2	47,3
Campania	519,8	549,2	598,5	651,5	677,8	657,1	634,4	637,0	646,0	645,4	651,4	642,8	642,3	646,9	647,5	649,9	649,8
Puglia	306,2	332,8	332,8	375,5	396,1	398,7	455,9	467,0	494,8	507,4	514,9	517,7	520,9	516,8	521,3	522,0	521,6
Basilicata	53,1	57,0	65,4	72,1	75,8	77,0	81,6	84,8	82,9	83,6	80,4	80,2	80,1	79,8	79,2	76,4	75,8
Calabria	183,7	184,6	195,3	220,6	227,8	218,5	224,8	240,1	247,9	247,7	247,8	251,9	251,5	250,3	252,1	248,8	248,5
Sicilia	418,9	423,8	466,5	501,9	524,0	538,2	530,6	546,5	582,1	586,5	591,6	593,6	597,6	598,3	598,3	598,2	599,2
Sardegna	139,5	146,0	150,0	167,9	177,8	178,3	176,6	186,7	194,8	197,6	200,1	203,2	203,6	201,5	196,9	194,6	194,6
ITALIA	4.602,9	4.796,2	5.012,4	5.691,0	5.935,8	6.007,8	6.067,6	6.361,0	6.540,7	6.626,1	6.648,2	6.609,5	6.613,5	6.619,2	6.632,5	6.637,3	6.651,6
<i>Spesa sanitaria corrente media</i>																	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	268,9	281,5	291,1	336,0	347,9	351,3	360,6	379,9	358,7	360,9	361,0	357,2	356,5	357,7	358,0	372,0	372,1
Variazione %		4,7%	3,4%	15,4%	3,5%	1,0%	2,7%	5,3%	-5,6%	0,6%	0,0%	-1,1%	-0,2%	0,3%	0,1%	3,9%	0,0%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	247,3	255,8	272,4	302,8	319,5	323,9	318,3	330,6	403,0	410,0	412,4	411,2	412,6	412,7	413,6	404,3	405,0
Variazione %		3,5%	6,5%	11,2%	5,5%	1,4%	-1,7%	3,9%	21,9%	1,8%	0,6%	-0,3%	0,3%	0,0%	0,2%	-2,2%	0,2%
Autonomie speciali ^(c)	45,7	47,6	48,8	52,9	55,2	56,9	58,4	62,1	89,4	91,8	92,1	92,4	92,1	91,2	91,9	91,8	93,6
Variazione %		4,1%	2,5%	8,4%	4,4%	3,2%	2,5%	6,3%	44,0%	2,6%	0,3%	0,4%	-0,4%	-0,9%	0,7%	-0,1%	1,9%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Tab. 1.17: spesa per l'assistenza medico-generica da convenzione in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	5,5%	5,8%	5,2%	5,7%	5,7%	5,6%	5,5%	5,5%	5,6%	5,6%	5,7%	5,8%	5,9%	5,9%	5,8%	5,8%	5,7%
Vale d'Aosta	5,1%	4,8%	4,7%	5,5%	4,9%	4,8%	5,1%	5,8%	5,2%	5,5%	5,6%	6,0%	6,2%	6,1%	6,1%	6,1%	6,4%
Lombardia	5,1%	5,3%	5,2%	5,9%	5,7%	5,3%	5,0%	5,1%	5,1%	5,0%	5,0%	4,8%	4,7%	4,6%	4,6%	4,5%	4,4%
Provincia autonoma di Bolzano	4,3%	4,3%	4,4%	4,3%	4,3%	4,3%	4,5%	4,9%	4,9%	4,9%	4,7%	4,7%	4,9%	4,7%	4,6%	4,6%	4,9%
Provincia autonoma di Trento	5,7%	5,7%	5,6%	6,0%	5,6%	5,5%	5,4%	5,2%	5,2%	5,2%	5,1%	5,1%	5,1%	5,2%	5,2%	4,9%	4,9%
Veneto	5,8%	5,8%	5,6%	5,8%	5,9%	5,8%	5,8%	6,1%	6,2%	6,3%	6,3%	6,3%	6,2%	6,2%	6,2%	6,0%	5,9%
Friuli Venezia Giulia	5,6%	5,5%	5,2%	5,3%	5,8%	5,5%	5,1%	5,2%	5,2%	5,3%	5,2%	5,2%	5,3%	5,3%	5,6%	5,5%	5,4%
Liguria	4,8%	4,8%	4,3%	4,7%	4,8%	4,7%	4,7%	4,8%	5,0%	5,1%	5,2%	5,1%	5,0%	4,9%	4,9%	4,9%	4,9%
Toscana	5,4%	5,3%	4,9%	5,3%	5,4%	5,6%	5,7%	5,8%	6,1%	6,1%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%
Emilia Romagna	6,0%	5,9%	5,7%	6,3%	6,2%	6,0%	5,7%	5,6%	5,8%	5,8%	5,8%	5,9%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,6%
Toscana	5,7%	5,5%	5,3%	5,6%	5,6%	5,4%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,4%	5,8%	5,7%	5,7%	5,7%	5,6%	5,4%
Umbria	6,4%	6,5%	6,0%	6,3%	6,4%	6,3%	6,2%	6,2%	6,0%	6,2%	6,3%	6,4%	6,3%	6,3%	6,1%	6,1%	6,0%
Marche	5,4%	5,2%	4,4%	4,9%	5,1%	5,1%	4,9%	5,3%	5,2%	5,6%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%	5,7%
Lazio	6,3%	5,7%	5,7%	5,7%	6,3%	6,5%	6,4%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%	6,5%	6,5%	6,6%	6,4%	6,3%	6,3%
Abruzzo	6,4%	5,6%	6,5%	6,3%	7,0%	7,4%	7,1%	7,4%	7,6%	8,0%	7,7%	7,0%	7,3%	7,4%	7,1%	7,3%	7,5%
Molise	6,9%	7,1%	6,8%	6,7%	7,4%	6,8%	6,3%	6,3%	6,5%	6,6%	6,7%	6,7%	6,6%	6,6%	6,5%	6,4%	6,3%
Campania	6,1%	6,5%	6,1%	6,1%	6,3%	5,9%	6,4%	6,5%	6,8%	7,2%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,2%	7,2%	7,1%
Puglia	7,3%	7,4%	7,9%	8,0%	8,3%	7,9%	8,0%	8,2%	7,9%	7,9%	7,8%	7,9%	7,8%	7,7%	7,6%	7,1%	7,2%
Basilicata	7,2%	7,2%	7,1%	7,7%	7,6%	6,6%	6,7%	6,9%	7,2%	7,3%	7,4%	7,6%	7,5%	7,5%	7,4%	7,3%	7,2%
Calabria	6,5%	6,4%	6,2%	6,4%	6,2%	6,5%	6,4%	6,5%	6,8%	6,9%	6,9%	7,0%	6,9%	6,9%	6,8%	6,6%	6,5%
Sicilia	6,3%	6,4%	6,2%	6,2%	6,8%	6,6%	6,1%	6,1%	6,2%	6,2%	6,2%	6,4%	6,3%	6,2%	6,0%	6,1%	5,9%
Sardegna																	
ITALIA	5,8%	5,9%	5,6%	5,9%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,9%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	6,0%	5,9%	5,8%	5,7%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	5,7%	5,8%	5,5%	6,0%	6,0%	5,8%	5,7%	5,8%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%	5,4%	5,4%	5,3%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	6,1%	6,0%	5,7%	5,9%	6,1%	6,0%	5,8%	5,9%	6,2%	6,4%	6,5%	6,6%	6,5%	6,5%	6,4%	6,5%	6,4%
Autonomie speciali ^(c)	5,3%	5,2%	5,1%	5,2%	5,3%	5,2%	5,0%	5,2%	5,6%	5,6%	5,5%	5,6%	5,6%	5,6%	5,6%	5,5%	5,5%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.16: spesa media per l'assistenza medico-generica da convenzione per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)

Fig. 1.16.a: regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)

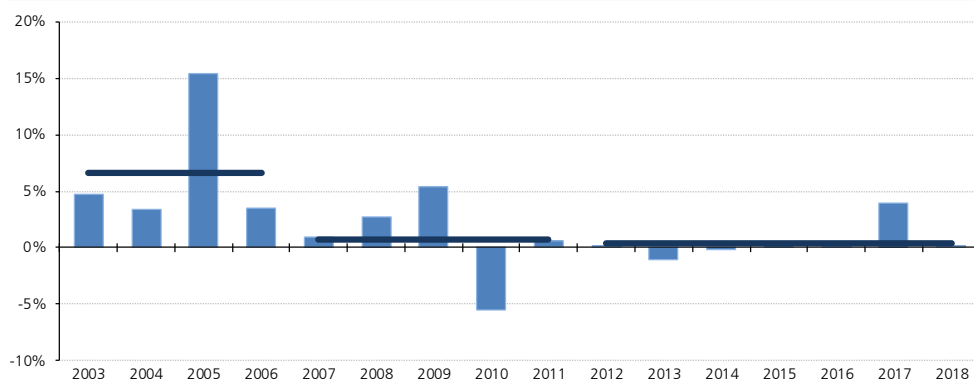


Fig. 1.16.b: regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)

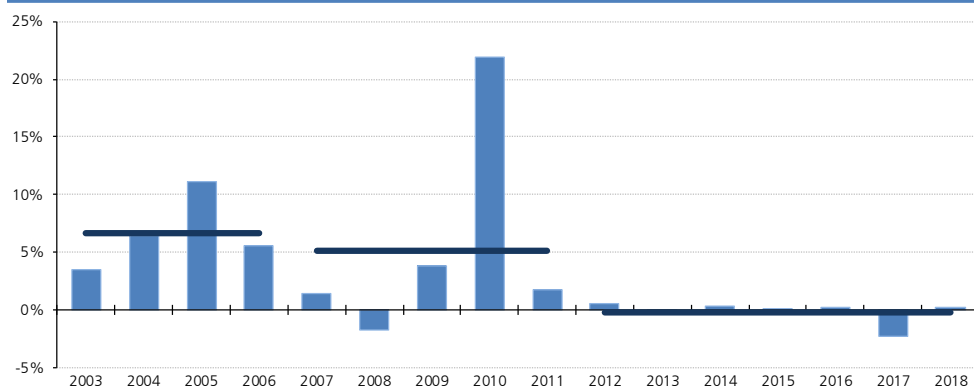
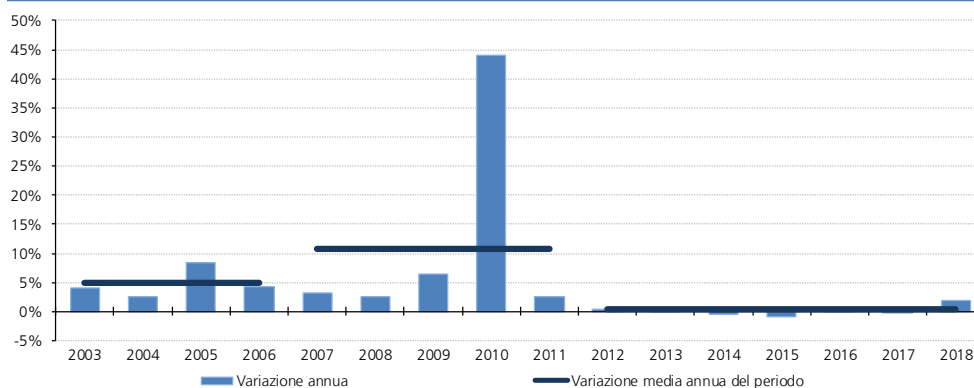


Fig. 1.16.c: autonomie speciali ^(c)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Altre prestazioni sociali in natura da privato. La spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato accreditato³³ è aumentata dal 2002 al 2018 di oltre 10.000 milioni di euro facendo registrare un tasso di crescita medio annuo del 3,5% (Tab. 1.18).

Suddividendo l'intero arco temporale considerato nei tre sotto periodi individuati, si evidenzia un progressivo contenimento della dinamica di crescita per tale componente. Infatti, se nel primo quinquennio la spesa è aumentata di oltre 4.800 milioni di euro, tra il 2006 e il 2011 è cresciuta di quasi 3.400 milioni di euro, mentre ha superato di poco i 2.000 milioni di euro nel periodo 2011-2018. A tali riduzioni corrispondono contrazioni dei tassi di crescita medi annui i quali sono pari al 7,7% tra il 2003 e il 2006, al 3,3% nel quinquennio successivo e all'1,3% nei sette anni finali. Di contro, sull'intero orizzonte temporale considerato, l'incidenza percentuale della spesa sanitaria per le altre prestazioni sociali in natura da privato sulla corrispondente spesa complessiva risulta essere in crescita visto che dal 17,8% del 2002 si arriva al 20,9% del 2018 (Tab. 1.19).

Il sensibile rallentamento della dinamica della spesa si deve al complesso di provvedimenti introdotti negli ultimi anni. In particolare, vanno ricordate le misure previste dall'art. 15, co. 14 del DL 95/2012, che ha disposto la riduzione degli importi e dei corrispondenti volumi di acquisto di prestazioni specialistiche e ospedaliere da operatori privati in convenzione, in misura pari allo 0,5% per il 2012, all'1% per il 2013 e al 2% a decorrere dal 2014. Solo a decorrere dal 2016 le regioni possono derogare alle suddette riduzioni, limitatamente alle sole prestazioni di alta specialità (art. 1, co. 574 della L 208/2015) previa individuazione di misure compensative di pari importo.

In aggiunta a ciò, ha positivamente contribuito ad una più contenuta dinamica dell'aggregato il rafforzamento dell'attività di programmazione regionale in relazione alla definizione dei fabbisogni di prestazioni da erogarsi attraverso operatori privati, con la fissazione di tetti di spesa e l'assegnazione di *budget* alle singole ASL. Nelle diverse regioni, con diversa velocità, sono avvenuti e sono ancora in corso processi di riorganizzazione dell'assistenza sanitaria con particolare riferimento al potenziamento dell'assistenza territoriale.

Gli andamenti rilevati a livello nazionale sono compatibili con le dinamiche riscontrabili all'interno dei tre raggruppamenti di regioni considerati (Fig. 1.17). Il tasso di variazione media annua per le regioni sottoposte ai piani di rientro ha, infatti, evidenziato una costante flessione, visto che è sceso dal 7,9% del periodo 2003-2006 al 5,3% tra il 2007 e il 2011 e all'1,1% nel settennio finale. Più o meno analoga è risultata la contrazione per le regioni non sottoposte a piano di rientro, le quali partendo da un 7,5% medio annuo nel primo quadriennio sono giunte a un tasso dell'1,6% negli ultimi sette anni. Le autonomie speciali mostrano un tendenziale azzeramento del tasso di crescita medio annuo (+0,7%) nell'ultimo periodo, benché partite da un 6,8% nel periodo 2002-2006.

Relativamente al peso della spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato, sulla corrispondente spesa sanitaria complessiva, tutti e tre i raggruppamenti di regioni presentano una crescita dell'incidenza percentuale tra il primo e l'ultimo anno della serie storica: 4,2% per le regioni sotto piano di rientro, 2,9% per quelle non in piano di rientro e 2,3% per le autonomie speciali.

³³ L'aggregato ricomprende gli acquisti di prestazioni ospedaliere, specialistiche, riabilitative, integrative, protesiche, psichiatriche e altre prestazioni da operatori privati accreditati con il SSN.

Tab. 1.18: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato per regione – Anni 2002-2018 (valori assoluti in milioni di euro, medi e variazioni percentuali)

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	1.022,6	1.091,4	1.213,7	1.158,0	1.212,9	1.299,6	1.485,2	1.548,2	1.633,6	1.595,3	1.590,1	1.514,5	1.498,8	1.509,2	1.504,6	1.531,9	1.598,4
Vale d'Aosta	14,1	17,5	21,0	23,2	24,5	26,3	16,8	18,0	20,7	22,5	24,2	24,5	23,2	22,3	22,0	20,8	21,6
Lombardia	2.973,3	3.168,0	3.590,6	3.865,5	4.127,6	4.363,1	4.691,4	4.898,7	5.218,8	5.258,1	5.249,6	5.417,8	5.434,4	5.512,4	5.652,2	5.782,8	5.814,6
Provincia autonoma di Bolzano	102,6	97,8	106,4	120,6	129,6	140,1	167,5	119,2	125,0	126,1	128,4	131,0	118,1	122,8	125,1	126,5	133,5
Provincia autonoma di Trento	80,1	85,0	93,2	98,1	100,9	107,5	111,8	121,2	131,6	138,3	152,5	150,5	148,3	147,5	148,4	157,6	169,5
Veneto	1.077,0	1.199,7	1.294,7	1.439,1	1.554,3	1.518,1	1.639,4	1.700,4	1.732,2	1.665,6	1.629,2	1.597,4	1.611,0	1.632,1	1.646,5	1.631,8	1.623,3
Friuli Venezia Giulia	146,8	164,8	174,0	182,3	192,7	213,2	239,9	253,0	266,2	274,0	274,2	269,4	263,9	229,6	243,5	256,1	273,2
Liguria	209,7	231,6	260,8	284,4	300,2	328,2	368,9	388,4	400,5	390,9	392,4	383,1	403,0	412,6	408,5	411,6	423,6
Emilia Romagna	785,5	833,0	912,8	934,1	977,1	1.045,8	1.136,4	1.162,9	1.199,8	1.222,3	1.285,0	1.336,2	1.400,2	1.451,8	1.438,5	1.446,1	1.520,2
Toscana	512,9	522,9	533,9	576,1	606,6	637,6	770,1	857,1	879,0	878,7	894,7	875,1	877,5	881,7	909,5	937,2	971,5
Umbria	116,7	126,3	137,9	147,3	153,7	160,9	176,1	185,1	186,8	187,8	188,2	189,3	194,4	199,9	202,7	208,0	206,7
Marche	192,6	214,5	236,6	254,4	269,9	279,0	297,7	313,0	323,8	349,1	353,5	348,3	360,9	362,2	382,9	406,9	425,8
Lazio	1.933,8	2.041,5	2.392,9	2.567,2	2.873,2	2.754,6	2.991,3	2.784,7	2.802,3	2.733,3	2.757,0	2.799,7	2.901,0	2.911,9	2.967,8	3.009,8	3.037,5
Abruzzo	324,9	342,5	369,8	422,5	435,1	449,4	381,1	390,0	346,3	369,3	366,2	367,5	362,6	367,2	380,7	384,8	388,6
Molise	64,4	89,0	87,0	124,1	123,3	130,7	139,3	139,8	154,8	151,7	165,2	167,3	173,6	165,5	158,0	164,8	168,0
Campania	1.571,6	1.622,3	1.741,0	1.845,1	1.785,7	1.893,8	1.954,9	2.044,9	2.172,1	2.204,1	2.161,1	2.226,0	2.228,3	2.254,5	2.301,3	2.326,5	2.405,9
Puglia	1.009,1	988,7	1.086,6	1.214,2	1.390,5	1.482,5	1.552,9	1.600,6	1.582,1	1.554,6	1.566,2	1.619,1	1.637,5	1.685,8	1.691,1	1.694,2	1.719,0
Basilicata	74,8	87,1	91,3	97,6	105,5	122,7	132,3	148,4	163,0	159,4	157,2	159,7	165,9	162,6	151,0	149,0	153,3
Calabria	396,3	398,6	426,8	462,4	516,3	523,5	576,4	603,8	574,1	587,4	588,5	600,8	611,6	611,6	621,7	625,5	627,0
Sicilia	1.165,1	1.286,8	1.441,0	1.594,7	1.654,8	1.626,1	1.739,2	1.756,6	1.879,0	1.924,3	1.961,5	1.946,6	1.972,2	2.025,8	2.060,0	2.101,7	2.140,9
Sardegna	261,4	264,4	309,4	321,2	331,3	341,5	376,8	403,6	420,2	438,2	447,7	460,6	467,4	475,9	471,5	459,6	450,4
ITALIA	14.035,3	14.873,4	16.531,5	17.732,2	18.865,8	19.444,1	20.945,3	21.437,7	22.211,9	22.231,0	22.332,5	22.584,3	22.848,6	23.144,9	23.487,6	23.833,3	24.272,6
Spesa sanitaria corrente media																	
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	816,1	863,0	953,5	1.014,9	1.091,4	1.143,3	1.245,8	1.301,8	1.263,0	1.264,0	1.268,7	1.288,4	1.305,9	1.326,9	1.349,0	1.389,5	1.415,3
Variazione %		5,8%	10,5%	6,4%	7,5%	4,7%	9,0%	4,5%	-3,0%	0,1%	0,4%	1,5%	1,4%	1,6%	1,7%	3,0%	1,9%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	790,1	839,7	943,1	1.022,8	1.071,9	1.074,9	1.135,9	1.129,7	1.393,0	1.390,0	1.394,5	1.405,2	1.422,5	1.441,4	1.460,7	1.472,5	1.498,1
Variazione %		6,3%	12,3%	8,4%	4,8%	0,3%	5,7%	-0,5%	23,3%	-0,2%	0,3%	0,8%	1,2%	1,3%	1,3%	0,8%	1,7%
Autonomie speciali ^(c)	85,9	91,3	98,7	106,1	111,9	121,8	134,0	127,8	192,8	199,8	205,4	207,2	204,2	199,6	202,1	204,1	209,7
Variazione %		6,2%	8,1%	7,5%	5,5%	8,8%	10,0%	-4,6%	50,8%	3,7%	2,8%	0,9%	-1,5%	-2,2%	1,2%	1,0%	2,7%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CEI).
^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

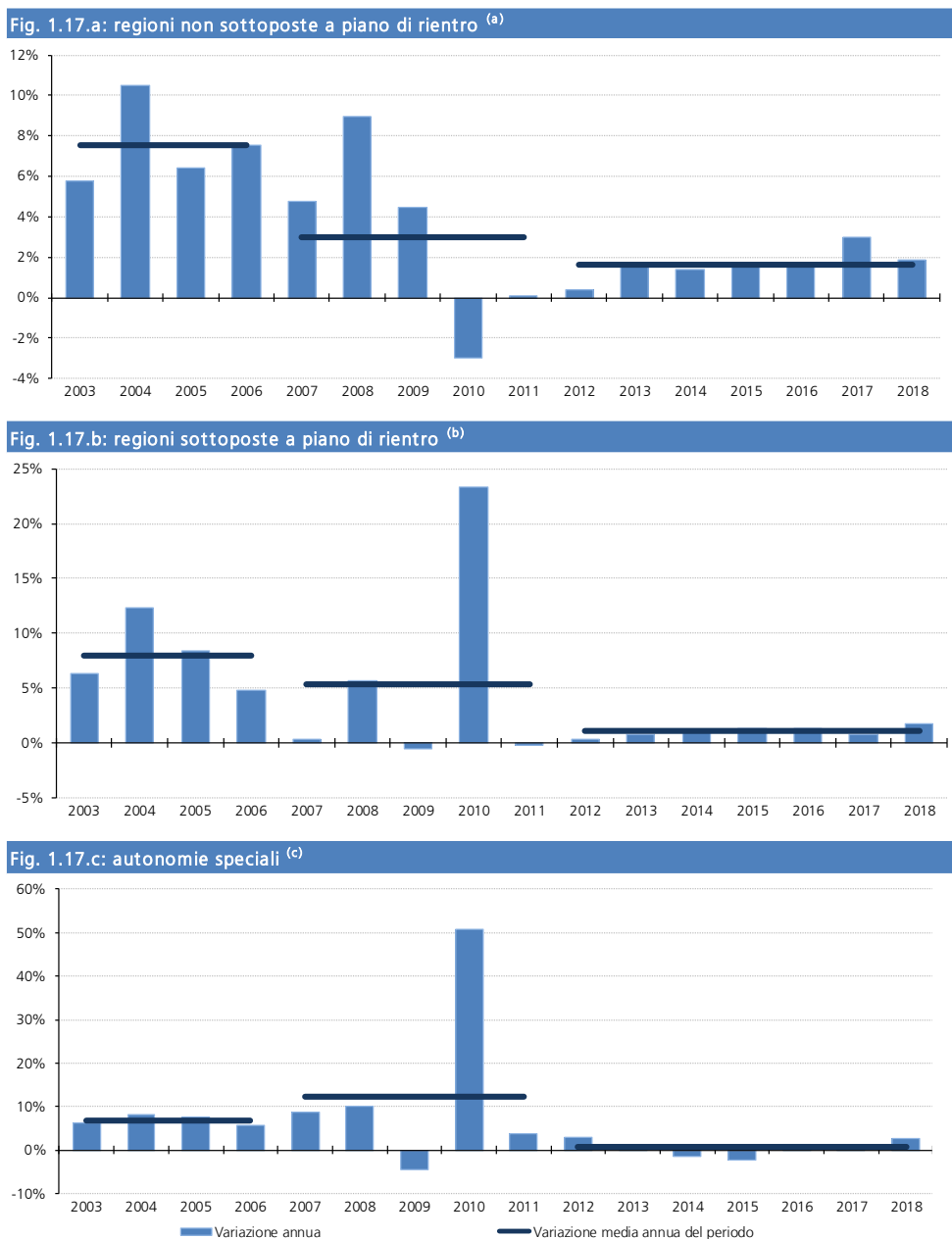
Tab. 1.19: spesa per le altre prestazioni sociali in natura da privato in percentuale della spesa sanitaria corrente della regione – Anni 2002-2018

Regioni	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Piemonte	17,5%	17,8%	17,1%	16,1%	16,3%	16,8%	18,4%	18,6%	19,3%	18,9%	18,9%	18,5%	18,3%	18,6%	18,3%	18,4%	18,9%
Valle d'Aosta	7,4%	8,9%	10,1%	10,3%	10,0%	10,7%	6,4%	6,8%	7,5%	8,1%	8,7%	9,0%	8,9%	8,5%	8,6%	8,2%	8,4%
Lombardia	23,4%	24,9%	26,8%	26,2%	26,9%	27,0%	28,1%	28,5%	29,3%	29,0%	28,9%	28,5%	28,9%	29,2%	29,8%	29,8%	29,9%
Provincia autonoma di Bolzano	11,9%	10,8%	11,3%	12,3%	12,7%	13,2%	15,1%	11,2%	11,4%	11,4%	11,2%	11,3%	10,3%	10,5%	10,4%	10,1%	10,4%
Provincia autonoma di Trento	10,6%	10,6%	11,3%	11,5%	11,2%	11,4%	11,2%	11,4%	12,0%	12,2%	13,2%	13,1%	12,9%	13,1%	12,9%	13,2%	13,9%
Veneto	17,2%	18,4%	18,5%	19,0%	19,7%	18,7%	19,5%	19,7%	19,7%	19,0%	18,7%	18,4%	18,4%	18,5%	18,3%	17,7%	17,3%
Friuli Venezia Giulia	8,9%	9,5%	9,2%	9,2%	9,7%	9,9%	10,4%	10,5%	10,9%	11,0%	10,9%	10,9%	11,1%	9,8%	10,3%	10,5%	10,9%
Liguria	8,7%	9,4%	9,1%	9,7%	10,2%	10,6%	11,6%	11,9%	12,4%	12,1%	12,5%	12,3%	12,8%	13,0%	12,8%	12,8%	13,1%
Emilia Romagna	13,4%	13,6%	13,6%	13,2%	13,4%	13,7%	14,3%	14,1%	14,2%	14,4%	14,6%	15,5%	16,2%	16,6%	16,2%	16,0%	16,6%
Toscana	10,3%	10,2%	9,4%	9,7%	9,8%	10,0%	11,6%	12,0%	12,4%	12,3%	12,6%	12,6%	12,3%	12,2%	12,5%	12,6%	12,9%
Umbria	9,8%	9,9%	10,3%	10,6%	10,5%	10,8%	11,3%	11,5%	11,5%	11,5%	11,4%	11,5%	11,9%	12,1%	12,1%	12,1%	11,8%
Marche	9,5%	10,3%	10,4%	10,9%	11,0%	11,1%	11,4%	11,4%	11,6%	12,5%	12,9%	12,8%	13,2%	13,2%	13,7%	14,4%	14,9%
Lazio	26,2%	25,7%	25,1%	25,8%	27,2%	25,6%	27,3%	24,9%	25,3%	25,1%	25,4%	26,3%	27,2%	27,2%	27,7%	28,1%	28,3%
Abruzzo	17,9%	17,4%	19,0%	18,8%	19,7%	19,3%	16,2%	16,7%	14,9%	16,0%	15,6%	15,9%	15,3%	15,6%	15,8%	15,6%	15,7%
Molise	14,4%	17,0%	16,8%	19,0%	21,0%	21,1%	21,4%	21,1%	23,4%	23,4%	24,9%	24,0%	26,2%	25,8%	23,9%	25,3%	26,6%
Campania	20,8%	20,9%	19,9%	19,1%	19,4%	19,5%	19,5%	20,2%	21,7%	22,4%	22,3%	23,2%	22,7%	22,8%	23,0%	22,9%	23,5%
Puglia	20,0%	19,3%	20,2%	19,7%	22,3%	22,0%	22,0%	22,4%	21,9%	22,0%	22,7%	23,4%	23,2%	23,8%	23,4%	23,3%	23,3%
Basilicata	10,3%	11,4%	11,1%	10,9%	11,6%	12,7%	13,0%	14,4%	15,4%	15,0%	15,3%	15,6%	16,1%	15,7%	14,6%	13,9%	14,5%
Calabria	15,6%	15,4%	15,4%	16,2%	17,2%	15,8%	17,1%	17,3%	16,7%	17,4%	17,5%	18,1%	18,0%	18,2%	18,1%	18,3%	18,2%
Sicilia	18,0%	19,4%	19,2%	20,4%	19,7%	19,5%	21,0%	20,9%	22,1%	22,6%	23,0%	22,8%	22,8%	23,4%	23,3%	23,2%	23,2%
Sardegna	11,8%	11,6%	12,7%	11,9%	12,6%	12,6%	13,0%	13,2%	13,4%	13,8%	13,9%	14,5%	14,4%	14,7%	14,3%	14,3%	13,7%
ITALIA	17,8%	18,2%	18,4%	18,4%	19,1%	18,9%	19,7%	19,6%	20,1%	20,1%	20,2%	20,6%	20,6%	20,8%	20,9%	20,8%	20,9%
Regioni non sottoposte a piano di rientro ^(a)	17,3%	17,8%	18,2%	18,1%	18,7%	18,7%	19,6%	19,9%	19,9%	19,7%	19,8%	20,2%	20,1%	20,3%	20,5%	20,1%	20,1%
Regioni sottoposte a piano di rientro ^(b)	19,6%	19,9%	19,7%	19,9%	20,5%	20,1%	20,8%	20,3%	21,6%	21,8%	22,0%	22,4%	22,4%	22,7%	22,7%	23,6%	23,7%
Autonomie speciali ^(c)	9,9%	10,0%	10,2%	10,5%	10,8%	11,0%	11,5%	10,7%	12,0%	12,2%	12,3%	12,6%	12,5%	12,3%	12,2%	12,2%	12,3%

Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania; la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.^(c) Sono comprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

Fig. 1.17: spesa media per le altre prestazioni sociali in natura da privato per gruppi di regioni – Anni 2003-2018 (variazioni percentuali)



Fonte: Conto economico degli enti sanitari locali (CE).

^(a) Dal 2002 al 2009 non sono sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Lombardia, il Veneto, l'Emilia Romagna, la Toscana, l'Umbria, le Marche, la Puglia, la Basilicata e la Calabria. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni non sottoposte al piano di rientro il Piemonte, la Puglia e la Calabria, mentre entra tra quelle non sottoposte la Liguria. Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(b) Dal 2002 al 2009 sono sottoposte al piano di rientro la Liguria, il Lazio, l'Abruzzo, il Molise e la Campania, la Sicilia e la Sardegna. Dal 2010 al 2016 escono dalle regioni sottoposte al piano di rientro la Liguria e la Sardegna, mentre entrano tra quelle sottoposte la Calabria, il Piemonte e la Puglia (in queste ultime due è applicato un piano di rientro "leggero"). Dal 2017 il Piemonte non è più sottoposto al piano di rientro.

^(c) Sono ricomprese la Valle d'Aosta, il Friuli Venezia Giulia e le province autonome di Trento e Bolzano e, dal 2010, la Sardegna in quanto provvedono direttamente al finanziamento dell'assistenza sanitaria sul loro territorio.

CAPITOLO 2 - Verifiche dei Tavoli tecnici sui conti dell'anno 2018

2.1 - Verifica dell'equilibrio annuale – Metodologia anno 2018

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata dettata da quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005) (cfr. Sez. II).

Si riporta di seguito la metodologia di verifica seguita dal Tavolo di verifica degli adempimenti nei termini riportati nel verbale della riunione del 14, 19, 28 marzo e 2 aprile 2019.

Si fa presente che la medesima metodologia è stata utilizzata per la valutazione dei risultati di gestione delle regioni in Piano di rientro.

"Prioritariamente il Tavolo ricorda che a partire dall'esercizio 2012 opera per il Servizio Sanitario Nazionale (SSN) quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011, come modificato dal decreto legislativo n. 126/2014 e, pertanto, la verifica della presente riunione tiene conto di quanto espressamente previsto dal suddetto decreto legislativo e delle nuove responsabilità regionali in merito alla tenuta della contabilità della GSA, ove istituita, e del bilancio consolidato regionale. Le valutazioni fanno riferimento anche a quanto chiarito con circolare del 28 gennaio 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze, a quanto riportato nella casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012, alla circolare del 25 marzo 2013 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e delle finanze.

Ricorda che, sulla base di quanto previsto dall'articolo 15, comma 24, del decreto legge n. 95/2012, "Si applicano, a decorrere dall'esercizio 2013, le disposizioni di cui all'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191."

Ricorda inoltre che l'articolo 1, comma 6, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014 ha previsto dall'anno 2014 nuove modalità di riparto di alcune somme vincolate. A tal fine la legge di stabilità per l'anno 2015, legge n. 190/2014, ha dato attuazione alla predetta previsione con l'articolo 1, commi da 560 a 563.

Per quanto attiene alle somme vincolate per le finalità di cui all'articolo 1, commi 34 e 34 bis della legge n. 662/1996, (Obiettivi di piano sanitario nazionale) si segnala che, nonostante il comma 5, articolo 1 del Patto per la salute 2014-2016 (Intesa CSR n. 82 del 10 luglio 2014) allenti i vincoli in capo alle regioni in ordine alla esecuzione delle linee progettuali, tale previsione è stata recepita con la legge di stabilità 2015 e, pertanto, applicabile a partire da tale anno.

Il Tavolo ricorda in particolare che:

- *sulla base dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 gli eventuali risultati positivi degli enti del SSR vengono portati a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti e che l'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è resa disponibile per il ripiano delle perdite del SSR; l'articolo 30 del predetto decreto*

legislativo n. 118/2011, come modificato dall'articolo 1, comma 557, della legge n. 190/2014, in attuazione dell'articolo 1, comma 4, del Patto per la salute 2014-2016 di cui all'Intesa Stato-Regioni del 10 luglio 2014, prevede altresì che resti fermo quanto previsto dall'articolo 1, comma 6, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, per cui eventuali risparmi nella gestione del Servizio sanitario nazionale effettuati dalle regioni rimangono nelle disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie;

- *in merito agli utili aziendali occorre che la regione, tramite atto formale, renda noto agli enti del SSR in utile l'eventuale volontà di disporre del risultato positivo d'esercizio in eccedenza destinandolo alla copertura delle perdite dell'intero SSR con l'indicazione del relativo importo. In mancanza di tali eventuali provvedimenti regionali, il Tavolo determina il risultato d'esercizio del SSR al netto degli utili degli enti del SSR.*

Il Tavolo specifica inoltre che il risultato di gestione viene desunto a partire dal Conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale di cui al successivo paragrafo A e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale 2018, perimetro sanità, e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

Il Tavolo, in coerenza con quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011, in particolare in attuazione di quanto disposto dall'articolo 20, lettera a), modificato dal decreto legislativo n. 126/2014, e, in relazione a quanto previsto dal Patto per la salute 2014-2016, effettua la verifica della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- *il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento;*
- *il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità;*
- *il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate accertato ed impegnato sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;*
- *il finanziamento sanitario per obiettivi di piano e per somme vincolate iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità. In particolare si segnala l'inserimento nel prospetto della ripartizione del Fondo per l'emergenza aviaria (articolo 1, comma 509, della legge n. 205/2017) ripartito con Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro delle politiche agricole e forestali del 14 marzo 2018 (pubblicato in G.U. Serie generale n. 91 del 19 aprile 2018) relativo alle risorse già accantonate di cui all'Intesa n. 149/CSR del 1° agosto 2018 (riparto delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018). Sono poi presenti gli importi relativi alla ripartizione del finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153/2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale. Con riferimento alle due ripartizioni sopra indicate (Fondo per l'emergenza*

avicola e finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali delle farmacie) si specifica che la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2019 a valere sull'anno 2018. Analogamente, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2019, a valere sull'anno 2018, per quanto attiene le quote riconosciute come indennità di abbattimento degli animali infetti (legge n. 218/1988) nel corso del mese di dicembre 2018. Si rammenta che gli importi contenuti nelle intese in Conferenza Stato-Regioni n. 20/CSR del 31 gennaio 2018 (riparto del finanziamento di misure per la diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum – FSN 2016) e n. 168/CSR del 20 settembre 2018 (riparto della quota di solidarietà delle regioni colpite dal terremoto negli anni 2016 e 2017 – FSN 2017) devono essere registrati tra le poste straordinarie attive operando poi gli opportuni accantonamenti per le quote la cui erogazione resta subordinata ad adempimenti soggetti a specifiche valutazioni delle amministrazioni centrali. Si specifica che le risorse inerenti il riparto per l'anno 2018 del Fondo per la riduzione della quota fissa su ricetta (articolo 1, commi 804-805, della legge n. 205/2017) in relazione al quale è stata sancita intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 13 dicembre 2018, n. 224/CSR, non essendo provenienti da FSN, devono essere iscritte all'interno della voce AA0150 - A.1.B.3.1) Contributi da altri soggetti pubblici (extra fondo) vincolati. Anche in questo caso, la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2019, a valere sull'anno 2018. Si specifica altresì che gli importi per la riduzione della quota fissa su ricetta devono essere accantonati alla voce CE BA2890 – “B.16.D.7) Altri accantonamenti”.

- con riferimento ai Fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici è stato richiesto di produrre una puntuale relazione concernente le modalità di rilevazione dei contributi. In particolare, è stato richiesto di precisare se i contributi sono stati rilevati dalla GSA ovvero dagli enti del SSR;
- con riferimento alle quote di accesso ai Fondi per i farmaci innovati e per i farmaci innovativi oncologici 2018, all'interno delle informazioni relative allo stanziamento è stata inviata l'informazione concernente le contabilizzazioni da effettuare al CE IV Trimestre 2018;
- con riferimento alle quote di accesso ai Fondi per i farmaci innovativi e per i farmaci innovativi oncologici, pari a 500 mln di euro ciascuno, viene verificata la correttezza delle iscrizioni contabili nella voce AA0040 per il riparto dei 500 mln di euro per ciascun Fondo, oltre alle quote di compartecipazione per la Regione Siciliana;
- la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale 2018, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale ed internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;

- la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale attiva e passiva iscritta nel modello CE³⁴ con la matrice della mobilità extraregionale ed internazionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale standard e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità;
- con riferimento al "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera" (voce CE AA0910) è stato chiesto alle regioni di produrre una puntuale relazione. È stata inviata una tabella contenente gli importi, come desunti dalle informazioni fornite da AIFA, relativi al Ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016 (di cui alla Determina AIFA n. 177 del 31/01/2018), ivi ricomprendendo gli importi versati dalle Aziende farmaceutiche entro il 31/12/2018 e i valori da accantonare sul CE IV trimestre 2018 alla voce BA2750 "Altri accantonamenti per rischi" in relazione al contenzioso presente sui versamenti effettuati.

In relazione a quanto precedentemente precisato con riferimento al finanziamento ordinario corrente e vincolato, fatta eccezione per le specifiche risorse vincolate come sopra riportato, nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le somme accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2018, perimetro sanità, rispetto agli atti di riparto 2018, il Tavolo ne terrà conto nella determinazione del risultato di gestione, ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale.

La regione documenta la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intraregionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2013. Qualora in sede di esame del conto consuntivo 2018 emergessero mancate quadrature delle voci oggetto di consolidamento e contraddistinte dal codice "R", il Tavolo ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione. Il Tavolo, sempre in occasione dell'esame del conto consuntivo 2018, valuta anche la presenza di eventuali mancate quadrature in relazione a voci diverse da quelle contraddistinte dal codice "R".

Nel calcolo del risultato di gestione, oltre a tenere presente quanto sopra riportato in merito a quanto disposto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, il Tavolo verifica che le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) abbiano la corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di

³⁴ Per la mobilità extraregionale si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0540	AA0550	AA0560	AA0610
MOBILITA' PASSIVA	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1550

Per la mobilità internazionale si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0600
MOBILITA' PASSIVA	BA1540

considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico.

Con riferimento alle iscrizioni operate sulla voce CE AA0080 la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale. A tal proposito il Tavolo richiama quanto disposto dall'articolo 20, commi 2-bis e 2-ter del decreto legislativo n. 118/2011, nei termini introdotti dal decreto legislativo n. 126/2014:

"2-bis. I gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali e destinati al finanziamento del Servizio sanitario regionale sono iscritti nel bilancio regionale nell'esercizio di competenza dei tributi.

2-ter. La quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi della legislazione vigente sui piani di rientro dai disavanzi sanitari, è iscritta nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, obbligatoriamente per l'importo stimato dal competente Dipartimento delle finanze del Ministero dell'economia e delle finanze, ovvero per il minore importo destinato al Servizio sanitario regionale ai sensi dell' art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. Tale iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale. La regione non può disimpegnare tali somme, se non a seguito di espressa autorizzazione da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti, ai sensi e per gli effetti dell'art. 1, comma 80, della legge 23 dicembre 2009, n. 191. In relazione a tale autorizzazione la regione è tenuta a trasmettere al Tavolo di verifica degli adempimenti la relativa documentazione corredata dalla valutazione d'impatto operata dal competente Dipartimento delle finanze. Ove si verifichi in sede di consuntivazione dei gettiti fiscali un minore importo effettivo delle risorse derivanti dalla manovra fiscale regionale rispetto all'importo che ha formato oggetto di accertamento e di impegno, detto evento è contabilmente registrato nell'esercizio nel quale tale perdita si determina come cancellazione di residui attivi."

Il Tavolo valuta inoltre se, con riferimento agli accantonamenti per rinnovi di contratti del personale dipendente e delle convenzioni con il personale convenzionato con il SSN, di cui alle successive lettere H) e I), gli stessi risultano almeno pari a quelli attesi e, in caso contrario, nel richiedere alla regione la relativa rettifica, ridetermina il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more dell'adeguamento regionale dell'eventuale minore accantonamento. L'avenuto adeguamento è in ogni caso oggetto di verifica in sede di esame del conto consuntivo 2018.

Pertanto, sulla base di quanto sopra riportato, ai fini della verifica della percentuale di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009, il risultato di gestione da porre a numeratore è valutato a partire dal modello CE consolidato regionale inviato dalla regione al NSIS, nettizzato di quanto iscritto nella voce AA0080. Tale numeratore è rideterminato in ragione di eventuali differenziali tra le iscrizioni operate sul modello CE per il finanziamento indistinto e vincolato per l'anno 2018 e quanto previsto nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale standard 2018 ivi inclusa la mobilità sanitaria extraregionale ed internazionale, nei termini sopra riportati, nonché le somme

vincolate e per obiettivi di piano, dei minori accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni attesi e degli utili aziendali, nei termini sopra riportati. Tale risultato è inoltre rideterminato in relazione all'eventuale presenza di perdite pregresse portate a nuovo.

Per il calcolo della predetta percentuale il denominatore è ottenuto sulla base di quanto iscritto a titolo di fondo sanitario regionale nell'atto formale di riparto corretto per le maggiori entrate proprie di cui al modello CE, sempre al netto della voce AA0080.

Il Tavolo valuta le regioni in coerenza con quanto disposto dall'articolo 34, comma 4, del decreto legge n. 50/2017, si seguito riportato:

"All'articolo 77-quater, comma 4, del decreto-legge 25 giugno 2008, n. 112, convertito, con modificazioni, dalla legge 6 agosto 2008, n. 133, sono aggiunti, infine, i seguenti periodi:

A decorrere dall'anno 2017:

a) fermo restando il livello complessivo del finanziamento erogabile alle regioni in corso d'anno, ai sensi dell'articolo 2, comma 68, della legge 23 dicembre 2009, n. 191, nelle more dell'adozione del Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri che assegna alle regioni le rispettive quote di compartecipazione all'IVA, in attuazione del citato decreto legislativo n. 56 del 2000, il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad erogare quote di compartecipazione all'IVA facendo riferimento ai valori indicati nel riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nella contestuale individuazione delle relative quote di finanziamento, come risultanti dall'intesa raggiunta in Conferenza Stato-Regioni, ovvero dai decreti interministeriali di cui all'articolo 27, comma 1-bis, del decreto legislativo 6 maggio 2011, n. 68;

b) il Decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri di assegnazione alle regioni delle rispettive quote di compartecipazione all'IVA per l'anno di riferimento non può fissare, per ciascuna regione, una quota di compartecipazione inferiore a quella stabilita in sede di riparto del fabbisogno sanitario nazionale e nell'individuazione delle relative quote di finanziamento di cui al richiamato articolo 27, comma 1-bis del decreto legislativo n. 68 del 2011;

c) il Ministero dell'economia e delle finanze, in funzione dell'attuazione della lettera a) del presente comma, è autorizzato, in sede di congruaggio, ad operare eventuali necessari recuperi, anche a carico delle somme a qualsiasi titolo spettanti per gli esercizi successivi. Il Ministero dell'economia e delle finanze è autorizzato ad applicare le disposizioni di cui al terzo periodo del presente comma anche con riferimento agli esercizi 2016 e precedenti. "

Il Tavolo, al fine di effettuarla la verifica, ha chiesto alle singole regioni la produzione della seguente documentazione:

con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- AA0030 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto";
- AA0040 - "Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato";
- AA0070 - "Contributi da regione (extra Fondo) vincolati";
- AA0080 - "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA";
- AA0090 - "Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA";

- AA0100 - "Contributi da regione (extra Fondo) - altro";
- AA0280 - "Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato".

è necessario produrre la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 20 del decreto legislativo n. 118/2011, si chiede di inviare la documentazione attestante, per le voci AA0030 e AA0040, la riconciliazione tra i dati di riparto³⁵ con gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale 2018. Si chiede di compilare la tabella di riconciliazione inviata in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

Al fine di consentire alle regioni di effettuare le corrette iscrizioni contabili a valere sull'anno 2018, è stata inviata una tabella di riepilogo dove sono contenuti i valori aggiornati relativi alle quote di fondo sanitario indistinto e vincolato, nonché i crediti e debiti relativi alla mobilità interregionale e internazionale di cui al riparto generale (Intesa Rep. Atti n. 148/CSR del 1 agosto 2018) e determinati come riportato nella comunicazione del 18 dicembre 2018.

In particolare si segnala l'inserimento nel prospetto della ripartizione del Fondo per l'emergenza avicola (articolo 1, comma 509, della legge n. 205/2017) ripartito con Decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro delle politiche agricole e forestali del 14 marzo 2018 (pubblicato in G.U. Serie generale n. 91 del 19 aprile 2018) relativo alle risorse già accantonate di cui all'Intesa n. 149/CSR del 1° agosto 2018 (riparto delle quote vincolate alla realizzazione degli obiettivi di Piano Sanitario Nazionale per l'anno 2018).

Sono poi presenti gli importi relativi alla ripartizione del finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali previste dall'articolo 1 del decreto legislativo n. 153/2009, erogate dalle farmacie con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale.

Con riferimento alle due ripartizioni sopra indicate (Fondo per l'emergenza avicola e finanziamento destinato alla sperimentazione per la remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali delle farmacie) si specifica che la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita, dalle

³⁵ FSN 2018:

Quota indistinta – Intesa CSR n. 148 del 1 agosto 2018;

Quota premiale – Decreto Ministeriale - Intesa CSR n. 151 del 1 agosto 2018;

Quote vincolate:

- Obiettivi di piano - Intesa CSR n. 149 del 1 agosto 2018;
- Medici di medicina generale – Intesa CSR n. 212 e n. 213 del 22 novembre 2018;
- Stranieri irregolari - Intesa CSR n. 211 del 22 novembre 2018;
- Esclusività - Intesa CSR n. 210 del 22 novembre 2018;
- Penitenziaria - Intesa CU n. 128 del 22 novembre 2018 e Superamento OPG - Intesa CU n. 129 del 22 novembre 2018;
- Ind. Abbattimento – note MdS n. 4074 del 16 febbraio 2018, nn. 10639 e 10640 del 27 aprile 2018, n.11571 del 9 maggio 2018, n. 12126 del 15 maggio 2018, n. 18405 del 25 luglio 2018, n. 30868 del 10 dicembre 2018;
- Termale – Intesa CSR n. 218 del 22 novembre 2018;
- Farmaci innovativi e innovativi oncologici – Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017;
- Fondo per l'emergenza avicola – Intesa CSR n. 41 del 22 febbraio 2018;
- Sperimentazione e remunerazione delle prestazioni e delle funzioni assistenziali erogate dalle farmacie – In attesa dell'Intesa.

regioni beneficiarie, anche attraverso gli accertamenti e gli impegni operati sul bilancio regionale dell'anno 2019 a valere sull'anno 2018. Analogamente, la riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2019, a valere sull'anno 2018, per quanto attiene le quote riconosciute come indennità di abbattimento degli animali infetti (legge n. 218/1988) nel corso del mese di dicembre 2018.

Si rammenta che gli importi contenuti nelle intese in Conferenza Stato-Regioni n. 20/CSR del 31 gennaio 2018 (riparto del finanziamento di misure per la diagnosi, cura e assistenza della sindrome depressiva post partum – FSN 2016) e n. 168/CSR del 20 settembre 2018 (riparto della quota di solidarietà delle regioni colpite dal terremoto negli anni 2016 e 2017 – FSN 2017) devono essere registrati tra le poste straordinarie attive operando poi gli opportuni accantonamenti per le quote la cui erogazione resta subordinata ad adempimenti soggetti a specifiche valutazioni delle amministrazioni centrali.

Si specifica che le risorse inerenti il riparto per l'anno 2018 del Fondo per la riduzione della quota fissa su ricetta (articolo 1, commi 804-805, della legge n. 205/2017) in relazione al quale è stata sancita intesa in Conferenza Stato-Regioni in data 13 dicembre 2018, n. 224/CSR, non essendo provenienti da FSN, devono essere iscritte all'interno della voce AA0070 - "A.1.B.1.1) Contributi da Regione o Prov. Aut. (extra fondo) vincolati". Anche in questo caso, la necessaria riconciliazione con le scritture di contabilità finanziaria dei bilanci regionali potrà essere garantita attraverso gli accertamenti e gli impegni da operarsi sul bilancio regionale dell'anno 2019, a valere sull'anno 2018. Si specifica altresì che gli importi per la riduzione della quota fissa su ricetta devono essere accantonati alla voce CE BA2890 - "B.16.D.7) Altri accantonamenti".

Con riferimento ai farmaci innovativi è necessario produrre una relazione concernente le modalità di rilevazione dei contributi e la riconciliazione con le iscrizioni del bilancio regionale 2018.

Al riguardo, ai sensi dell'articolo 5, commi 1 e 2, del decreto interministeriale sui farmaci innovativi, di cui all'Intesa CSR n. 239 del 21 dicembre 2017, le somme relative al rimborso della spesa per i farmaci innovativi oncologici e non oncologici devono essere iscritte nella voce AA0040 - "A.1.A.2) da Regione o Prov. Aut. per quota F.S. regionale vincolato".

Inoltre, è necessario confermare che il saldo di mobilità iscritto nelle apposite voci del bilancio e del modello CE sia composto dal totale dei valori previsti dalla Tabella C del Riparto 2018.

Si chiede altresì di indicare la composizione delle voci:

- AA0250 - "Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - da regione per quota FS";
- AA0260 - "Rettifica contributi in c/esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi".

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- AA0900 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica territoriale";

- AA0910 - "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera";
- AA0920 - "Ulteriore Pay-back".

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole voci, se valorizzate. E' stata inviata in allegato alla convocazione della riunione di verifica una tabella dove si riportano gli importi, come desunti dalle informazioni fornite da AIFA, relativi al Ripiano della spesa farmaceutica ospedaliera per l'anno 2016 (di cui alla Determina AIFA n. 177 del 31/01/2018), ivi ricomprendendo i valori da accantonare sul CE 2018 alla voce BA2750 "Altri accantonamenti per rischi". Si raccomanda in ogni caso di verificare la corrispondenza tra gli importi versati dalle Aziende farmaceutiche, come risultanti dalla tabella allegata, e le somme incassate al 31/12/2018, accertate ed impegnate sul bilancio regionale, sempre entro il 31/12/2018, e da iscriversi alla voce CE AA0910 "Pay-back per il superamento del tetto della spesa farmaceutica ospedaliera".

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- AA0970 - "Compartecipazione alla spesa per prestazioni sanitarie (ticket) - Altro"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- BA0030 - "Prodotti farmaceutici ed emoderivati"

è necessario indicare se la valorizzazione è al netto di eventuali note di credito e l'ammontare delle note di credito stesse. Si richiede altresì di indicare se le note di credito iscritte sono state ricevute effettivamente o risultano ancora da ricevere.

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- BA2700 - "Accantonamenti per rischi";
- BA2820 - "Altri accantonamenti".

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro". Con particolare riferimento alla voce BA2750 si rinvia anche a quanto riportato al precedente punto.

Con riferimento alle voci contabili riportate nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- EA0010 - "E.1) Proventi straordinari";
- EA0260 - "E.2) Oneri straordinari".

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione delle singole sottovoci presenti nel modello CE Riepilogativo regionale '999'. In particolare occorre una dettagliata informazione sulla composizione delle voci residuali "altro".

Con riferimento alla voce contabile riportata nel modello CE IV Trimestre 2018 Riepilogativo regionale '999':

- BA2650 - "B.14B) Svalutazioni dei crediti"

è necessario produrre una puntuale relazione concernente la composizione della voce.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale dipendente è necessario indicare la percentuale di accantonamento utilizzata ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2860 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza medica";
- BA2870 "Accantonamento rinnovi contrattuali: dirigenza non medica".

Si ricorda che, in coerenza con quanto disciplinato dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017 e dall'articolo 1, commi 682 e 683, della legge n. 205/2017 (legge di bilancio per l'anno 2018), è necessario, per l'anno 2018, che gli accantonamenti da operare siano effettuati nella misura del 3,48% del costo iscritto sul Conto Consuntivo 2015 sulle voci:

- BA2110 "Costo del personale dirigente medico";
- BA2150 "Costo del personale dirigente non medico" + BA2240 "Costo del personale dirigente ruolo professionale" + BA2330 "Costo del personale dirigente ruolo tecnico" + BA2420 "Costo del personale dirigente ruolo amministrativo".

Con riferimento al personale del comparto non dovrebbero essere previsti accantonamenti ma i relativi costi dovrebbero essere appostati tra le voci di costo del personale, in quanto il relativo contratto è stato siglato nel corso dell'anno 2018.

Con riferimento agli accantonamenti per rinnovo contrattuale del personale convenzionato (medici di base, pediatri di libera scelta, Sumai e altri convenzionati) è necessario indicare la percentuale di accantonamento utilizzata ai fini della valorizzazione delle singole sottovoci di seguito indicate:

- BA2840 "Accantonamento rinnovo convenzioni MMG/PLS/MCA";
- BA2850 "Accantonamento rinnovi convenzioni Medici Sumai".

Si ricorda che, in coerenza con quanto disciplinato dall'articolo 2 del DPCM 27/02/2017 e dall'articolo 1, commi 682 e 683, della legge n. 205/2017 (legge di bilancio per l'anno 2018), è necessario, per l'anno 2018, che gli accantonamenti da operare siano effettuati nella misura del 3,48% del costo iscritto derivante dalla seguente somma:

- BA0420 "da convenzione" CONSUNTIVO 2015 + 0,75% * B02015 "da convenzione" CONSUNTIVO 2010;
- BA0570 "da privato-medici Sumai" CONSUNTIVO 2015 + 0,75% * B02090 "da privato-Medici Sumai" CONSUNTIVO 2010.

Le voci di accantonamento dovranno contenere altresì l'importo derivante dall'accantonamento dello 0,75% del costo consuntivo 2010.

Pertanto, le voci di accantonamento dovranno risultare in definitiva pari agli importi derivanti dalle seguenti formule:

- BA2840 "ACCANTONAMENTO RINNOVO CONVENZIONI MMG/PLS/MCA" IV 2018 = 3,48% * [BA0420 "DA CONVENZIONE" CONSUNTIVO 2015 + 0,75% * (B02015 "DA CONVENZIONE" CONSUNTIVO 2010)] + 0,75% * [BA02015 "DA CONVENZIONE" CONSUNTIVO 2010];
- BA2850 "ACCANTONAMENTO MEDICI SUMAI" IV 2018 = 3,48% * [BA0570 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI" CONSUNTIVO 2015 + 0,75% * (B02090 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI" CONSUNTIVO 2010)] + 0,75% * [B02090 "DA PRIVATO-MEDICI SUMAI" CONSUNTIVO 2010].

Si chiede di relazionare in merito al trattamento contabile dell'eventuale differenziale tra tariffe regionali rispetto alle tariffe TUC utilizzate nella regolazione dei rapporti fra le regioni. Si chiede altresì di produrre i provvedimenti regionali vigenti che disciplinano la remunerazione delle strutture sanitarie accreditate per i propri residenti e non.

Si chiede altresì di indicare se sia avvenuta la riconciliazione delle partite-infragruppo (costi-ricavi, crediti-debiti) e, in caso negativo, dell'importo delle eventuali differenze, del trattamento contabile adottato e delle voci nelle quali tali differenze sono state rappresentate.

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge 35/2013³⁶ si chiede di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno 2018, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Al riguardo si chiede di compilare in formato excel la tabella secondo il formato inviato in allegato alla convocazione della riunione di verifica.

Con riferimento alle disposizioni in ordine ai tempi di pagamento, si chiede alla regione di produrre una relazione illustrativa del rispetto della normativa in materia di tempi di pagamento e delle iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La relazione dovrà riportare, per ogni azienda sanitaria appartenente al SSR e per la GSA:

- *l'importo dei pagamenti effettuati durante l'anno 2018, distinti per anno di emissione delle fatture;*
- *l'importo dei pagamenti relativi a transazioni commerciali effettuati dopo la scadenza dei termini previsti dal decreto legislativo 9 ottobre 2002, n. 231;*
- *il valore dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti per l'anno 2018, calcolato in coerenza con i criteri definiti all'articolo 9 del decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri 22 settembre 2014;*
- *il link alla pagina web di pubblicazione degli indicatori di tempestività dei pagamenti.*

Le predette informazioni dovranno essere riportate anche nelle apposite tabelle secondo il formato inviato in allegato alla convocazione della riunione di verifica che include altresì l'inserimento delle informazioni in ordine all'indicatore di tempestività dei pagamenti dell'anno 2014, 2015, 2016, 2017 e dei trimestri dell'anno 2018."

³⁶ A decorrere dall'anno 2013 costituisce adempimento regionale - ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge n. 191/2009, prorogato a decorrere dal 2013 dall'articolo 15, comma 24, del decreto legge n. 95/2012 - verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti di cui all'articolo 12 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, l'erogazione, da parte della regione al proprio Servizio sanitario regionale, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione incassa nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. A decorrere dall'anno 2015 la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95 per cento e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo.

2.2 - Esiti delle regioni non sottoposte a Piano di rientro

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi in data 14, 19, 28 marzo, 2 aprile e 23 maggio 2019 per la verifica delle situazioni relative alle regioni Piemonte, Lombardia, Veneto, Liguria, Emilia Romagna, Toscana, Marche, Umbria e Basilicata.

Regione Piemonte. Il risultato di gestione che si evince dal modello CE 999 IV trimestre 2018 inviato al NSIS evidenzia un disavanzo di 47,556 mln di euro. Il Tavolo ricorda che tale risultato di gestione risulta migliorato per ben 62 mln di euro da una partita straordinaria, non strutturale. Rileva che il risultato di gestione strutturale evidenzia una perdita di circa 110 mln di euro. Ai sensi di quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 il Tavolo fa presente che non risultano aziende in utile. Richiama, inoltre, quanto sopra riportato in merito alle poste iscritte alla voce AA0100 accertate ed impegnate sul bilancio regionale 2019 per 4,184 mln di euro, tale importo, in analogia con quanto valutato gli anni passati, dovrà essere iscritto a copertura perdite sul SP 2019. Con riferimento alle coperture, come già riportato in precedenza, la regione ha iscritto nel bilancio regionale 2019 12,000 mln di euro sul capitolo 157098 (interventi e servizi destinati a soggetti in condizioni di specifiche fragilità sociali - l.r. n.1/2004) con DGR 43-8607 del 22/03/2019 che saranno assegnati alle ASL a copertura perdita dei disavanzi 2018 delle Aziende sanitarie del SSR. Il Tavolo, analogamente a come proceduto negli anni passati ed in attuazione del decreto legislativo n. 118/2011, con riferimento all'importo di 12,000 mln di euro iscritto nel Bilancio 2019, correttamente non presente a modello di CE 2018, dovrà essere iscritto a copertura perdite nello Stato patrimoniale 2019. Inoltre con la richiamata DGR 43-8607 del 22/03/2019 viene disposto, tra l'altro, quanto segue:

“Preso atto che, alla data del presente provvedimento, l'utile d'esercizio della GSA e relativo consolidato del SSR delle annualità 2014-2015-2016, per il quale non sono sorte obbligazioni giuridiche, è pari complessivamente a euro 60.877.289 come di seguito declinato:

Euro 30.954.390 relativo all'esercizio 2014 (D.G.R. n. 39-2536 del 30.11.2015, e successiva D.G.R. n. 41-4920 del 20.04.2017);

Euro 21.538.751 relativo all'esercizio 2015 (D.G.R. n. 21-4796 del 20.3.2017);

Euro 8.384.148 relativo all'esercizio 2016 (D.G.R. n. 19-8385 del 08.02.2019).

Ritenuto di vincolare, a rettifica dei vigenti provvedimenti, l'utile d'esercizio portato a nuovo della GSA relativo agli esercizi 2014-2015-2016, pari complessivamente a euro 60.877.289, alla copertura dei disavanzi economici 2018 delle Aziende sanitarie pubbliche rientranti nel perimetro di consolidamento del S.S.R., che ai sensi della normativa vigente verrà assegnato con successivo provvedimento.”

In merito la regione trasmette le soprarichiamate DGR:

- DGR n. 39-2536 del 30/11/2015 con la quale viene approvato il bilancio di esercizio 2014 del consolidato del SSR e che destina l'utile della GSA di 141,748 mln di euro:
 - per 84,971 mln di euro al ripiano integrale delle perdite d'esercizio 2014;
 - per 56,777 mln di euro alla copertura del disavanzo economico/finanziario del SSR e l'eventuale eccedenza, valutata dal Tavolo di verifica, è destinata ad investimenti
 - la successiva DGR n. 41-4920 del 20/04/2017, a seguito del verbale di Tavolo e Comitato del 21/03/2017, assegna 25,823, quota parte degli utili 2014 della GSA non destinati alla copertura del disavanzo economico/finanziario del SSR, all'ASL di Cuneo 2 al fine di procedere alla ultimazione dei lavori dell'ospedale di Verduno.

- DGR n. 21-4796 del 20/03/2017 con la quale viene approvato il bilancio di esercizio 2015 del consolidato del SSR, vengono stanziati sul bilancio 2016 coperture per 15,184 mln di euro (legge 210/1992+socio sanitario) a copertura delle perdite 2015 e che destina l'utile della GSA di 80,754 mln di euro:
 - per 59,216 mln di euro al ripiano delle perdite 2015 delle aziende del SSR;
 - per 21,539 (80,754-59,216) a riserva per investimenti delle Aziende del SSR.
- DGR n. 19-8385 dell'8/02/2019 con la quale viene approvato il bilancio di esercizio 2016 del consolidato del SSR e che destina l'utile della GSA di 29,067 mln di euro:
 - per 20,683 mln di euro alla copertura dei disavanzi 2016 del SSR;
 - per 8,384 a riserva ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 che verrà ripartita con successivi provvedimenti.

Alla luce di quanto sopra prende atto delle coperture regionali al disavanzo del SSR per l'anno 2018.

Il Tavolo valuta che la Regione Piemonte a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo di 51,470 mln di euro. Dopo il conferimento delle risorse del bilancio regionale 2019 per 12,000 mln di euro, di ulteriori poste sempre iscritte sul bilancio regionale 2019 per 4,184 mln di euro e dopo la destinazione dell'utile d'esercizio della GSA e relativo consolidato del SSR delle annualità 2014, 2015 e 2016, per il quale non sono sorte obbligazioni giuridiche, per 60,877 mln di euro, la regione è in avanzo di 25,231 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i. la Regione Piemonte ha assicurato l'equilibrio economico. Ai fini della verifica di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009 la percentuale del disavanzo sul finanziamento è pari allo 0,6%. Il Tavolo ricorda che tale risultato di gestione risulta migliorato per 62 mln di euro da una partita straordinaria, non strutturale. Rileva che il risultato di gestione strutturale evidenzia una perdita di circa 110 mln di euro.

Regione Lombardia. Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo Sanitario dalla Regione Lombardia (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 5,899 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione presenta un avanzo di 5,899 mln di euro. La Regione Lombardia presenta a IV trimestre 2018 un avanzo di 5,899 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Veneto. Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Veneto (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 8,948 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che sono presenti aziende in utile per complessivi 3,989 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 4,959 mln di euro. La Regione Veneto presenta a IV trimestre 2018 un avanzo di 4,959 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Liguria. Il modello CE consolidato regionale inviato al NSIS presenta, al netto della voce AA0080, un disavanzo di 56,101 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che non sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2018. La regione, come precedentemente riportato, ha inviato l'estratto dal "Bilancio di previsione della Regione Liguria per gli anni finanziari 2019-2021" del capitolo 5152 "Finanziamento per ripiano disavanzi pregressi del servizio sanitario regionale. Risorse autonome" di valore pari a 60,000 mln di euro. La Regione Liguria presenta a IV trimestre 2018 un disavanzo di 56,101 mln di euro. Tale risultato di gestione trova copertura nelle

risorse regionali per 60,000 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture, il risultato di gestione evidenzia un avanzo di 3,899 mln di euro. Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i., avendo la Regione Liguria conferito al Servizio sanitario regionale risorse aggiuntive per 60,000 mln di euro, ha assicurato l'equilibrio economico. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari al 1,8% e, avendo assicurato l'equilibrio economico, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Emilia Romagna. Il modello CE inviato dalla regione evidenzia un avanzo, al netto della voce AA0080, di 0,339 mln di euro. Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2018 per 0,107 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 0,232 mln di euro. La Regione Emilia Romagna presenta a IV trimestre 2018 un avanzo di 0,232 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Toscana.

Con riferimento alla riunione del 2 aprile 2019:

Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Regione Toscana (al netto della voce AA0080) presenta un disavanzo di 31,932 mln di euro. Il Tavolo non rileva la presenza di aziende in utile. Pertanto, il risultato di gestione a IV trimestre 2017 della Regione Toscana (al netto della voce AA0080) evidenzia un disavanzo di 31,932 mln di euro. In merito alle coperture, la regione nella propria relazione ha fatto presente che tale risultato è determinato soprattutto dall'impossibilità di contabilizzare nel bilancio finanziario della Regione le risorse extra Fondo Sanitario assegnate alla Regione Toscana con DPCM 12/12/2018 in relazione al Fondo per la non autosufficienza per l'anno 2018, che ha ricevuto il visto della Corte dei Conti solo lo scorso 28/01/2019, con cui sono stati assegnati alla Regione Toscana 31.392.440 euro, il 50% dei quali (pari a 15.696.720 euro), utilizzati per l'assistenza agli anziani non autosufficienti, erano già stati anticipati alle aziende sanitarie, nel corso dell'esercizio 2018, con il FSR indistinto, per quanto stabilito con la DGR n. 1369 del 4/12/2017. Si rimanda agli approfondimenti da condursi da parte del Ministero della salute sulla DGR n. 1369/2017.

La regione a tal proposito ha inviato in data 27/03/2019 la DGR 402 del 25/03/2019 "Disposizioni per l'utilizzo delle risorse del Fondo statale per la non autosufficienza anno 2018" con cui ha:

- dato atto che le aziende sanitarie hanno utilizzato e rendicontato le risorse assegnate con la predetta DGR 1369/2017 e quindi ne hanno sostenuto i relativi costi in maniera assai superiore a quanto assegnato con il DPCM 12/12/2018;
- ha ritenuto che le risorse pari al 50% (15,697 mln di euro) della quota per non autosufficienza 2018, disponibili sul bilancio regionale nel capitolo 23036 "Fondo per la non autosufficienza- Fondi statali", possano essere utilizzate per reintegrare parzialmente quanto anticipato con DGR n. 1369/2017, liberando di conseguenza risorse di pari importo a valere sul FSR indistinto da utilizzarsi a copertura del disavanzo emergente dal 999 IV trimestre 2018. La regione nella propria relazione (prot. 6 del 28 marzo 2019), inviata oltre i termini previsti, ha fatto presente che le risorse in questione sono in corso di iscrizione del bilancio finanziario regionale 2019.

Il Tavolo fa presente che, sentiti gli uffici competenti, il capitolo 23036 richiamato nella DGR n. 402/2019 risulta avere residui e stanziamenti nulli per il 2019, pertanto tale misura non risulta idonea alla copertura del risultato di gestione del IV trimestre 2018.

La regione specifica inoltre che per la perdita restante, pari a circa euro 16,3 mln di euro, ha predisposto il disegno di legge regionale n. 58 del 4/03/2019 "Bilancio di previsione 2019-2021 - prima variazione", relativa alla variazione al bilancio regionale 2019, attualmente all'esame del Consiglio Regionale, in cui è presente l'aumento della consistenza del Fondo di Riserva per 18,6 mln di euro, ai fini della copertura della quota residua delle perdite emergenti al IV trimestre 2018.

La regione a tal proposito ha inviato in data 27/03/2019 (prot.7/2019), sempre oltre i termini di scadenza, la proposta di legge di cui sopra ed in data 2/04/2019, tramite mail, giorno della riunione, la Decisione della Giunta regionale n. 41 dell'1/04/2019 con la quale da mandato agli uffici regionali, di predisporre, successivamente all'approvazione della PdL n. 58 del 4/03/2019 "Bilancio di previsione finanziario 2019-2021. Prima variazione", apposita delibera di variazione di bilancio di previsione 2019 - 2021 attraverso la quale si autorizza il prelievo dal Fondo di riserva per spese impreviste, fino all'importo massimo di 20 mln euro sull'annualità 2019, finalizzato al successivo trasferimento al servizio sanitario regionale a titolo di contributo straordinario da destinare al ripiano della perdita d'esercizio, emergente dal modello CE consolidato del SSR Toscana relativo al IV trimestre 2018. La regione nella propria relazione, inoltre, specifica che tale destinazione potrebbe essere modificata nel corso dell'esercizio se si renderanno disponibili tutte le risorse del payback farmaceutico relativo agli anni 2013 - 2017, in misura superiore a quella già iscritta nell'esercizio 2015. Il Tavolo rappresenta che al fine di iniziare ad istruire la misura di copertura è necessario che la stessa sia efficace. Trattandosi di un disegno di legge, la stessa non è in grado di produrre alcun effetto. Lo stesso dicasi per la decisione 41/2019.

La Regione Toscana presenta a IV trimestre 2018 un disavanzo di 31,932 mln di euro. Non ha prodotto misure di copertura.

Pertanto la Regione Toscana, con riferimento al predetto disavanzo necessita di adottare provvedimenti di copertura per un importo di 31,932 mln di euro. In tali termini, si sono verificati i presupposti per l'avvio della procedura della diffida a provvedere di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e successive modifiche ed integrazioni. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento è pari allo 0,4%, pertanto una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 potrà essere effettuata solo in seguito.

In via ulteriore il Tavolo ricorda che nella riunione del 20 novembre 2018 dopo l'esame dello Stato patrimoniale 2017, ha constatato da parte della regione la mancata copertura delle perdite pregresse portate a nuovo, a distanza di 4 anni dalla sua quantificazione e dalle più volte reiterate richieste di copertura. In considerazione di quanto sopra e, in relazione anche alla circostanza che il SSR vede attribuirsi ulteriori oneri prima sostenuti dal bilancio regionale oltre che incrementare la spesa per mutui, il Tavolo, non avendo ricevuto alcun intervento di copertura, non può che portare la perdita netta non coperta, pari a 167,511 mln di euro, sul risultato di gestione dell'anno 2018 in occasione della procedura di cui all'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e ai fini delle valutazioni inerenti quanto previsto dall'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Pertanto la perdita 2018 sopra riportata, incrementata della perdita netta al 31/12/2017, è pari a 199,443 mln di euro. Il disavanzo sul finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, incrementato della perdita netta non coperta al 31/12/2017 è pari al 2,6%. Pertanto una valutazione definitiva circa le condizioni di cui all'articolo 2, comma

77, della legge 191/2009 potrà essere effettuata solo in seguito. Il Tavolo richiama la gravità della situazione della Regione Toscana.

Con riferimento alla riunione del 23 maggio 2019:

La regione con la DGR n. 543/2019 dà atto che le risorse destinate con la stessa DGR n. 543/2019 (pari a 15 mln di euro), assieme a quelle di cui alla DGR n. 486/2019 (15,697 mln di euro) e alla DGR n. 487/2019 (3,810 mln di euro), coprono interamente la perdita emergente dal CE consolidato SSR relativo al IV trimestre 2018. Il Tavolo valuta la presenza di un disavanzo al IV trimestre 2018 di 31,932 mln di euro per il quale la regione, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 ha presentato misure di copertura pari a 34,507 mln di euro.

[...]

Il Tavolo e i Ministeri dell'economia e delle finanze e della salute su delega del Tavolo stesso prendono atto di quanto inviato con riferimento alle misure di copertura degli ammortamenti non sterilizzati 2001-2011.

In tali termini, ai sensi di quanto previsto dall'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004, si valuta conclusa positivamente l'istruttoria concernente la copertura del risultato di gestione relativo al IV trimestre 2018 e l'intervento di ricapitalizzazione degli ammortamenti non sterilizzati pregressi. In via ulteriore il Tavolo richiama quanto deliberato dalla DGR n. 544/2019 al punto 4 in merito al "riservarsi di destinare, con successivi atti, al reintegro del patrimonio netto del SSR, ridotto dalle perdite maturate nel periodo 2001 – 2011 solo parzialmente ripianate, ulteriori risorse derivanti dal payback relativo alla spesa farmaceutica, che si rendessero disponibili in misura eccedente rispetto a quella necessaria per il mantenimento dell'equilibrio economico nei singoli esercizi". In relazione alla tematica del payback farmaceutico concernente il periodo 2013-2017 per il quale è in corso di attuazione il disposto normativo contenuto nell'articolo 9-bis del decreto legge n. 135/2018, il Tavolo chiede alla regione, una volta determinati gli importi conseguenti alla predetta legge, dopo le dovute sistemazioni contabili, di destinare tali risorse alla copertura della perdita pregressa esaminata nel corso della riunione odierna. Per quanto riguarda la DGR n. 408/2019, già trattata nel verbale del 2 aprile 2019, con cui la regione rilevava la presenza, nei capitoli del perimetro sanitario del bilancio regionale, di risorse economizzate sul bilancio regionale, e la presenza di risorse economico-finanziarie giacenti sui capitoli del perimetro sanitario provenienti da esercizi precedenti la definizione dello Stato Patrimoniale iniziale della GSA stessa, che pertanto riteneva possibile assegnare alle Aziende sanitarie a titolo di ripiano perdite per un totale di 37,697 mln di euro, il Tavolo resta sempre in attesa della dettagliata documentazione che permetta di valutare quanto riportato nella citata DGR n. 408/2019 come già richiesto nel corso della riunione del 2 aprile 2019.

Regione Umbria. La regione ha trasmesso al NSIS il modello CE relativo al Conto economico di IV trimestre 2018 dal quale si evince, al netto della voce AA0080, un avanzo di 0,116 mln di euro. Il Tavolo rileva che, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, sono presenti aziende in utile per un totale di 0,012 mln di euro. Si richiama la contabilizzazione della quota STP 2018 non contabilizzata, nelle more degli adeguamenti regionali da operarsi in sede di Conto consuntivo 2018. Sulla base di quanto sopra esposto si evince che il risultato di gestione rideterminato presenta un avanzo di 0,875 mln di euro. La Regione Umbria presenta a IV trimestre 2018 un avanzo di 0,875 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Marche. Il modello CE trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Marche (al netto della voce AA0080) presenta un avanzo di 8,898 mln di euro.

Inoltre il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 che sono presenti aziende in utile a IV trimestre 2018, per complessivi 0,018 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione viene rettificato di tale utile. Sulla base di quanto sopra esposto, si evince che il risultato di gestione presenta un avanzo di 8,880 mln di euro. La Regione Marche presenta, a IV trimestre 2018, un avanzo di 8,880 mln di euro. Essendo presente un avanzo non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge n. 191/2009.

Regione Basilicata. Il modello CE IV Trimestre 2018 Consolidato regionale trasmesso al Nuovo sistema informativo sanitario dalla Regione Basilicata presenta un avanzo di 0,745 mln di euro. Il Tavolo rileva, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo 118/2011, che l'AO San Carlo presenta un utile di 3,234 mln di euro e l'IRCCS CROB presenta un utile di 2,314 mln di euro a IV trimestre 2018. La regione, con DGR n. 651 del 19/05/2015, ha disposto che ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 l'eventuale risultato positivo d'esercizio in eccedenza degli Enti di cui alle lettere b) punto i), e c) del comma 2 dell'articolo 19 del medesimo decreto legislativo è destinato, al fine di garantire l'equilibrio del SSR, alla copertura delle perdite di esercizio dell'intero SSR. In considerazione di quanto valutato in precedenza, si considera, inoltre, l'entrata relativa al Fondo per l'emergenza avicola pari a 0,007 mln di euro e si porta in diminuzione l'entrata iscritta alla voce AA0070 per contributo IREL pari a 0,261 mln di euro in quanto impegnata nel Bilancio 2019. La Regione Basilicata presenta a IV trimestre 2017 un avanzo di 0,491 mln di euro. Essendo presente un avanzo, non si sono verificate le condizioni di cui all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009.

2.3 - Verifica della corresponsione al SSR del 95% delle risorse ricevute durante l'anno solare 2018

In attuazione di quanto previsto dall'articolo 3, comma 7 del DL n. 35/2013 è stato chiesto a ciascuna regione di produrre la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno solare 2018, di almeno il 95% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale.

Sulla base delle verifiche condotte dal Tavolo di verifica degli adempimenti nelle riunioni del 14, 19, 28 marzo e 2 aprile 2019, tutte le regioni sono risultate adempienti.

2.4 - Esiti delle regioni sottoposte a Piano di rientro

Si riportano di seguito gli esiti delle verifiche effettuate dai Tavoli tecnici concernenti l'attuazione dei piani di rientro per l'anno 2018 per le regioni Abruzzo, Calabria, Campania, Lazio, Molise Puglia e Sicilia, le cui riunioni si sono tenute nei mesi di marzo e aprile 2019.

La metodologia utilizzata dai Tavoli tecnici per la verifica del risultato di gestione 2018 è riportata al paragrafo 2.1.

Regione Abruzzo. Nella riunione congiunta tenutasi il 28 marzo e 9 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- in merito alla rettifica del Conto consuntivo 2017 e alle misure di copertura, la Regione Abruzzo presenta a Conto consuntivo 2017 un disavanzo di 42,110 mln di euro. La Regione conferisce le risorse derivanti dalle somme presenti nello Stato Patrimoniale 2017 della GSA alla voce PBA100 "Fondo per ripiano disavanzi pregressi" (capitolo 81500) per 19,767 mln di euro e PAA210 "*Utile (perdite) portate a nuovo*" per 18,853 mln di euro, con una copertura complessiva pari a 38,620 mln di euro. Inoltre, la regione con le determine DPF012/10 del 22/02/2019 e DPF012/16 del 27/03/2019 conferisce ulteriori coperture a valere: su risorse derivanti dalle somme presenti nello Stato Patrimoniale 2017 della ASL di Teramo alla voce Utili portati a nuovo, da risorse derivanti da ulteriori risorse da iscrivere nello Stato Patrimoniale 2018 per 0,546 mln di euro e per 2,113 mln di euro, con una ulteriore copertura di 3,790 mln di euro. Nel complesso le coperture conferite sono pari a 42,410 mln di euro. Dopo il conferimento di tali coperture, la regione ha assicurato l'equilibrio economico con la presenza di un avanzo di 0,300 mln di euro. Tavolo e Comitato, nel prendere atto favorevolmente delle sistemazioni contabili previste sui bilanci aziendali fin dalla riunione del 26 luglio 2018 e del reperimento delle coperture necessarie a far fronte al disavanzo di gestione, invitano la regione ad evitare che si ripetano in futuro le criticità riscontrate durante le riunioni del 26 luglio 2018 e del 15 novembre 2018. Invitano la regione ad avere comportamenti rispettosi del ruolo istituzionale demandato dalla legislazione vigente ai Tavoli tecnici e ai Ministeri affiancanti. Restano in attesa dell'avvenuta approvazione dei bilanci aziendali e consolidato regionale relativi all'anno 2017 in coerenza con quanto valutato nella riunione odierna;
- la Regione Abruzzo, a IV trimestre 2018, presenta un avanzo di 0,081 mln di euro;
- la Regione Abruzzo ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale.

Si rileva che, al 31/12/2018, sono presenti in GSA circa 132 mln di euro non utilizzati per trasferimenti né per pagamenti della GSA per i quali si chiedono chiarimenti;

- in merito all'indicatore annuale sui tempi di pagamento per l'anno 2018, si rileva che, in base ai valori forniti dalla regione, 3 aziende sanitarie su 4 (eccetto la ASL 202) risultano essere in linea con la normativa vigente. La GSA presenta un ritardo di 29 giorni; entrambe seppur ancora in presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, sono in miglioramento; invitano la regione ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento in tutte le aziende e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Si ricorda che più volte la regione ha ribadito che non vi sono problemi di liquidità nelle aziende sanitarie e nella GSA. Richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Chiedono informazioni in relazione ai relativi provvedimenti attuativi;
- in merito alla Piattaforma dei Crediti Commerciali rilevano una buona movimentazione ed invitano la regione a proseguire nel percorso intrapreso al fine di garantire l'integrale movimentazione della stessa;

- con riferimento allo stato di attuazione del Piano di riqualificazione per gli anni 2016-2018:
 - in relazione alla rete territoriale restano in attesa di ricevere il nuovo provvedimento unico e organico di programmazione dell'assistenza territoriale che recepisca i rilievi formulati nella riunione di luglio;
 - in relazione alla rete ospedaliera restano in attesa di ricevere l'ulteriore documento di programmazione regionale da sottoporre a valutazione preventiva dei Tavoli preposti, che recepisca le indicazioni fornite;
 - in relazione alla rete territoriale alle risorse umane, invitano la regione a fornire i chiarimenti richiesti e, in merito al fabbisogno di personale, restano in attesa dell'adozione dell'atto di programmazione della rete ospedaliera e del relativo piano di fabbisogno del personale aggiornato in coerenza;
 - in relazione al percorso nascita rimangono in attesa della comunicazione al CPNn della data di chiusura del PN di Sulmona;
 - in relazione all'accreditamento, Tavolo e Comitato invitano la Regione a fornire chiarimenti richiesti e rimangono in attesa dell'adeguamento dei manuali di accreditamento al disciplinare tecnico in coerenza con le Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e del 19/02/2015;
 - con riferimento ai rapporti con gli erogatori privati, continuano a rilevare il permanere di carenze nella *governance*.
- la verifica adempimenti relativa all'anno 2017 è ancora in corso. Raccomandano nuovamente alla regione il regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi. Restano in attesa della trasmissione in preventiva valutazione del Programma Operativo 2019-2021.

Regione Calabria. Nella riunione congiunta tenutasi il 4 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- prendono atto del clima collaborativo che si è instaurato tra la struttura commissariale e la struttura regionale;
- rilevano che il 94% delle assegnazioni giudiziarie delle aziende sanitarie provinciali della regione (al netto dell'ASP di Reggio Calabria che non ha fornito informazioni), per un importo totale di 159 mln di euro, è riferito all'ASP di Cosenza, evidenziando così una grave situazione amministrativa dell'azienda stessa. Invitano la struttura commissariale ad attivare tutte le azioni necessarie per ricondurre l'ASP di Cosenza all'ordinata e puntuale amministrazione dei pagamenti. Richiamano i punti 21) e 22) del mandato commissariale. Richiamano la necessità di avere informazioni sulla ASP di Reggio Calabria. Le Aziende Ospedaliere hanno comunicato, che alla data del 31/12/2018 non sono presenti assegnazioni giudiziarie ancora da regolarizzare in contabilità;
- per la ASP di Reggio Calabria non risultano adottati i bilanci dal 2013 al 2017. Chiedono alla struttura commissariale informazioni sulle iniziative adottate in merito al punto 21) del mandato commissariale per la ASP di Reggio Calabria;
- la Regione Calabria a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo di 168,898 mln di euro che è pari al 5,1% del finanziamento ordinario incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento. Dopo il

conferimento delle coperture, per 107,304 mln di euro, derivanti dal gettito delle aliquote fiscali massimizzate, pari a 98,746 mln di euro, dal conferimento di 8,558 mln di euro quale "quota sociale" delle prestazioni socio-sanitarie presente sul Bilancio regionale 2019, il risultato di gestione del IV trimestre 2018 evidenzia un disavanzo di 61,594 mln di euro. Alla luce di quanto sopra riportato, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2018, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;

- la Regione Calabria ha rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Sono presenti circa 152 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende né utilizzati per il pagamento dei fornitori della GSA;
- tutte le aziende del servizio sanitario regionale evidenziano tempi di pagamento non rispettosi della direttiva europea sui tempi di pagamento. Chiedono informazioni al Commissario in merito alle iniziative intraprese per l'attuazione del punto 22) del mandato commissariale relativo alla puntuale riconduzione dei tempi di pagamento ai tempi della direttiva europea 2011/7/UE del 2011. Chiedono informazioni circa i provvedimenti attuativi commissariali della normativa sui tempi di pagamento contenuta nella legge di bilancio per l'anno 2019 (articolo 1, comma 865);
- richiamano la struttura commissariale ad adottare ogni iniziativa ai fini della completa implementazione della Piattaforma dei crediti commerciali e ricordano che ai fini delle valutazioni sui tempi di pagamento di cui alla citata legge n. 145/2018 si farà riferimento alla predetta Piattaforma (articolo 1, commi 860 e 861);
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, confermano che anche i dati 2017 segnalano la persistenza di carenze nei vari settori, con particolare riferimento all'adesione agli screening oncologici, all'assistenza domiciliare ed alla qualità dell'assistenza ospedaliera;
- in ordine al Programma Operativo 2016-2018:
 - preliminarmente ribadiscono che la maggior parte delle azioni previste dal PO 2016-2018 risultino essere in ritardo rispetto a quanto programmato;
 - sulle reti tempo-dipendenti, rilevano il ritardo nell'implementazione rispetto a quanto previsto dal DCA n. 64/2016 di riorganizzazione della rete ospedaliera ex DM n. 70/2015, e restano in attesa di aggiornamenti;
 - sollecitano il provvedimento di definizione dei nodi della rete riabilitativa e della lungodegenza, nonché la prevista revisione della rete oncologica;
 - con riferimento alla rete perinatale, rimangono in attesa delle determinazioni della struttura commissariale sui punti nascita sub-standard di Cetraro e Soverato;
 - in relazione all'accreditamento, restano in attesa delle previste proposte di leggi regionali;

- con riferimento all’assistenza territoriale, restano in attesa di ricevere il cronoprogramma dettagliato sulle attività di verifica del fabbisogno regionale e il nuovo atto di programmazione della rete, unitamente alla ridefinizione delle tariffe e della revisione dei manuali di accreditamento, che recepisca le osservazioni rese, con particolare riferimento alla necessità di renderlo coerente con il DPCM LEA 12/01/2017;
 - sui rapporti con gli erogatori privati, rinviando alle osservazioni sui DCA di definizione dei tetti di spesa, e restano in attesa di aggiornamenti sulla sottoscrizione dei contratti;
 - ribadiscono la tempestiva trasmissione dei richiesti report in materia di controlli delle cartelle cliniche e restano in attesa della prevista revisione della disciplina relativa ai controlli;
 - per quanto concerne le liste di attesa, chiedono alla struttura commissariale di recepire il nuovo Piano Nazionale Liste di Attesa 2019-2021 e conseguentemente definire il Piano regionale;
 - con riferimento al personale, restano in attesa di ricevere la richiesta relazione sullo stato dell’arte delle assunzioni, in coerenza con le autorizzazioni ricevute dai Tavoli congiunti;
 - sollecitano il potenziamento dei flussi informativi, attese le varie criticità e carenze rilevate;
 - continuano a rilevare criticità e carenze nell’implementazione della contabilità analitica in tutte le aziende del SSR;
 - con riferimento all’acquisto di beni e servizi, restano in attesa di una relazione di aggiornamento sulle attività in essere del Soggetto Aggregatore regionale, in termini di gare centralizzate bandite e concluse;
 - in materia di edilizia sanitaria, nel segnalare criticità della *governance* regionale degli investimenti in sanità, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle procedure per la realizzazione dei Nuovi Ospedali;
 - restano in attesa della riadozione dei provvedimenti osservati in coerenza con i pareri espressi dai Tavoli di verifica e dai Ministeri affiancanti.
- in ordine alla verifica adempimenti confermano il permanere di criticità per l’anno 2015 e per l’anno 2016. L’istruttoria per l’anno 2017 è in corso. Richiamano nuovamente la struttura commissariale al rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l’accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Chiedono alla struttura commissariale di trasmettere, con celerità, il Programma Operativo 2019-2021 di cui al punto b) della delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018, essendo ormai trascorso il triennio di vigenza del Programma Operativo 2016-2018.

Regione Campania. Nella riunione congiunta tenutasi l’11 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- ricordano le tempistiche dettate dal decreto legislativo n. 118/2011 in merito all’approvazione dei bilanci e raccomandano la struttura commissariale ad approvare con ogni tempestività tutti i bilanci 2017, essendosi conclusa l’istruttoria del consolidato regionale;

- la Regione Campania a IV trimestre 2018 presenta un avanzo di 2,323 mln di euro;
- la Regione Campania ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 99,9% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale. Tavolo e Comitato rilevano che, al 31/12/2018, sono presenti sul conto di tesoreria della GSA circa 338,5 mln di euro non utilizzati per i pagamenti dei fornitori o per trasferimenti della GSA. Si evince altresì dalla tabella che il bilancio regionale al 31/12/2018 ha utilizzato 13,448 mln di euro per finalità extra-sanitarie. Si chiedono maggiori informazioni in merito all'utilizzo delle risorse destinate al SSR da parte del bilancio regionale e si chiedono informazioni in merito alla complessiva situazione del bilancio regionale nei confronti del SSR;
- nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, seppur in miglioramento, invitano la struttura commissariale ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano altresì lo specifico punto del mandato commissariale. Richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Ricordano che le informazioni ai fini del monitoraggio degli obiettivi dei direttori generali saranno desunte dalla Piattaforma di certificazione dei Crediti Commerciali (PCC);
- relativamente al monitoraggio dell'erogazione dei LEA, rilevano taluni miglioramenti, ma evidenziano ancora il persistere di criticità, in particolare per quanto concerne gli screening oncologici e l'offerta territoriale;
- con riferimento allo stato di attuazione dei Programmi Operativi 2016-2018:
 - sulla rete ospedaliera, formalizzano il parere favorevole sul DCA n. 103/2018, a seguito dell'istruttoria positiva condotta dal Tavolo del DM n. 70/2015 in data 17/12/2018, e rinviando al predetto Tavolo per il previsto monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato, con particolare riferimento alla verifica dell'attività delle strutture, da operarsi anche in considerazione degli indicatori di volumi ed esiti del Tavolo DM n. 70/2015. Restano in attesa degli atti aziendali adeguati in coerenza;
 - ribadiscono la necessità di adottare un nuovo documento di riorganizzazione della rete oncologica, che recepisca quanto richiesto dai Tavoli e superi le criticità rilevate sul DCA n. 98/2016;
 - per quanto riguarda la rete territoriale, segnalando il persistere di carenze; sollecitano l'avvio del percorso di implementazione e potenziamento e restano in attesa di ricevere un provvedimento unico e organico di programmazione dell'assistenza territoriale con il dettaglio, per azienda, dell'offerta attuale e quella programmata per tutte le tipologie di assistenza (anziani, disabili, hospice, case della salute, ATF-UCCP ecc.), che aggiorni il DCA n. 99/2016 ed in coerenza con il DPCM LEA 12/01/2017;
 - sull'accreditamento, sollecitano la definitiva conclusione delle procedure, e l'adeguamento dei manuali ai contenuti del disciplinare tecnico

dell'accreditamento, ai sensi delle Intese Stato-Regioni del 20/12/2012 e 19/02/2015;

- con riferimento alle liste di attesa, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di avanzamento delle azioni programmate al fine di pervenire ad un efficace governo dei tempi e delle liste di attesa e superare le criticità ad oggi ancora presenti e rinvenibili anche in sede di verifica adempimenti LEA;
 - per quanto riguarda gli erogatori privati, restano in attesa di aggiornamenti sul processo di sottoscrizione dei contratti;
 - con riferimento alla “Terra dei fuochi”, sollecitano la trasmissione tempestiva delle rendicontazioni complete da sottoporre alla valutazione del Comitato LEA;
 - restano in attesa della riadozione dei provvedimenti osservati in coerenza con i pareri espressi dai Tavoli di verifica e dai Ministeri affiancanti.
- In ordine alla verifica adempimenti, persistono criticità per gli anni 2016 e 2017. Raccomandano nuovamente la struttura commissariale al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Tavolo e Comitato chiedono di modificare/integrare il Programma operativo 2019-2021 e di trasmetterlo in preventiva valutazione ai Ministeri affiancanti ai fini della relativa istruttoria.

Regione Lazio. Nella riunione congiunta tenutasi il 28 marzo 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Lazio a Conto consuntivo 2017 presenta un disavanzo prima delle coperture di 45,665 mln di euro. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR per un importo pari a 45,665 mln di euro, così rideterminate a seguito della riunione del 22/11/2018, risulta una situazione di equilibrio di gestione per l'esercizio 2017;
- la Regione Lazio a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo prima delle coperture di 42,470 mln di euro. Si segnala che il Programma operativo 2016-2018 prevedeva l'equilibrio di bilancio per l'anno 2018. Dopo il conferimento delle coperture fiscali preordinate e vincolate alla copertura dei disavanzi del SSR come aggiornate a seguito delle valutazioni effettuate ai sensi del decreto legge n. 120/2013 (cfr. verbale 26 luglio 2018) e pari complessivi a 91,091 mln di euro, residua un avanzo di 48,621 mln di euro. Rilevano che il risultato di gestione è fortemente condizionato dalla presenza di una rilevante gestione straordinaria con saldo positivo e dalla diminuzione delle poste accantonate per eventuali rischi su cui si chiede un'attenta valutazione da parte della struttura commissariale. Richiamano quanto più volte richiesto in merito alle valutazioni sulla congruità dei fondi rischi delle aziende e della GSA, nonché quanto richiesto in merito alle analisi da svolgere su tutti i bilanci aziendali relative alla trattazione contabile delle note di credito da ricevere rispetto ai crediti e debiti iscritti;
- la Regione Lazio ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Tavolo e Comitato rilevano che, al 31/12/2018,

sono presenti sul conto di tesoreria della GSA circa 361 mln di euro non utilizzati per il pagamento dei fornitori o trasferimenti della GSA. In particolare si segnala che l'intero importo della manovra fiscale risulta giacente sul conto di tesoreria della GSA;

- nel registrare ancora la presenza di tempi di pagamento superiori ai tempi indicati dalla legge, seppur in miglioramento, con l'unica eccezione dell'azienda PTV che rispetta l'indicatore sull'anno 2018, invitano la struttura commissariale ad attivarsi affinché vi sia il conseguimento del rispetto della normativa europea sui tempi di pagamento in tutte le aziende e richiamano le sanzioni previste dalla normativa vigente. Richiamano altresì lo specifico punto del mandato commissariale. Richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento;
- pur rilevando una buona movimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), invitano la struttura commissariale ad implementare l'utilizzo della PCC, in special modo su taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Richiamano nuovamente quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Ricordano che le valutazioni saranno basate sulle informazioni desunte dalla PCC;
- per quanto concerne l'erogazione dei LEA, il punteggio della Griglia LEA nel 2017 si attesta ad un punteggio di 180 (livello di sufficienza >160), con talune criticità ancora presenti e ascrivibili, in particolare, al settore dell'assistenza domiciliare e residenziale per anziani non autosufficienti;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - in materia di accreditamento, restano in attesa di aggiornamenti sul definitivo completamento del processo di riconduzione alla normativa vigente di tutte le strutture cd. "extra-ordinem", e del provvedimento di istituzione dell'OTA al fine di garantirne il perfezionamento e il suo effettivo funzionamento;
 - relativamente ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, restano in attesa della completa definizione dell'attività programmatica (budget e contratti) per l'anno 2019;
 - nell'ambito della prevenzione apprezzano i miglioramenti registrati nell'adesione ai programmi organizzati sugli screening oncologici e i livelli di copertura vaccinale raggiunti anche superiori alle soglie del 95% (ad eccezione dell'antinfluenzale anziani);
 - per quanto riguarda la rete ospedaliera, restano in attesa del nuovo provvedimento programmatico che dovrà adempiere a quanto prescritto dal Tavolo DM n. 70/2015;
 - sull'assistenza territoriale, restano in attesa di aggiornamenti sullo stato di implementazione di quanto programmato al fine di potenziare l'offerta e garantire un'adeguata risposta assistenziale ai bisogni non soddisfatti;

- restano in attesa della completa definizione delle attività previste dal Protocollo d'intesa con l'Università La Sapienza e restano in attesa dell'atto aziendale dell'AOU Umberto I;
- sugli atti relativi a Tor Vergata, restano in attesa di quanto richiesto;
- con riferimento alle liste di attesa, sollecitano la risoluzione delle criticità e restano in attesa di aggiornamenti sull'implementazioni delle azioni previste, al fine di pervenire ad un efficace governo dei tempi e delle liste d'attesa.
- nel rilevare il ritardo, restano in attesa delle modifiche richieste alla legge regionale n. 7/2018 in materia di verifica di compatibilità rispetto al fabbisogno per le autorizzazioni alla realizzazione, al fine di renderla coerente con la legislazione vigente (articolo 8-ter, comma 3, del decreto legislativo n. 502/1992). Segnalano che sul ripristino completo del rispetto della normativa nazionale in materia di autorizzazioni questi Tavoli hanno chiesto dall'anno 2014 al Commissario l'applicazione tempestiva dell'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009, al fine di garantire la coerenza con la il Piano di rientro e la legge nazionale in materia. Raccomandano il Commissario ad intervenire senza ulteriori ritardi;
- con riferimento all'impugnativa della legge regionale n. 13/2018, in attesa della pronuncia della Corte Costituzionale, chiedono di sospendere qualsiasi iniziativa in merito all'applicazione di quanto sottoposto al vaglio della Corte. Ricordano in ogni caso che spetta ai compiti del Commissario governare i rapporti con gli erogatori privati accreditati, anche in considerazione della circostanza che gli interventi disciplinati dalla legge regionale sono suscettibili di determinare effetti economici non quantificati sul bilancio sanitario. Ricordano al Commissario quanto disposto, in materia di leggi regionali in contrasto con il Piano di rientro, dall'articolo 2, comma 80, della legge n. 191/2009;
- con riferimento alla verifica degli adempimenti persistono criticità sulla verifica adempimenti per l'anno 2017.

Raccomandano nuovamente la struttura commissariale al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Regione Molise. Nella riunione congiunta tenutasi l'11 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Molise a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo di 35,943 mln di euro. Si rileva il grave ritardo con cui sono state parzialmente impegnate le risorse relative alla manovra fiscale obbligatoriamente destinate all'equilibrio del SSR. Si richiede con ogni urgenza alla struttura commissariale di attivarsi, in esecuzione del mandato commissariale, punto xv, al fine di assicurare l'accertamento e l'impegno immediato da parte del bilancio regionale delle risorse destinate obbligatoriamente per legge all'equilibrio del SSR.

Stante quanto sopra e dopo il conferimento parziale delle aliquote fiscali preordinate dal Piano di rientro alla copertura del disavanzo sanitario, come aggiornate dal competente Dipartimento delle finanze a novembre 2018 e pari a complessivi 13,851 mln di euro, residua un disavanzo di 22,092 mln di euro.

Alla luce di quanto sopra riportato, si sono realizzate, con riferimento al risultato di gestione dell'anno 2018, le condizioni per l'applicazione degli automatismi fiscali

previsti dalla legislazione vigente, vale a dire l'ulteriore incremento delle aliquote fiscali di IRAP e addizionale regionale all'IRPEF per l'anno d'imposta in corso, rispettivamente nelle misure di 0,15 e 0,30 punti, per l'applicazione del blocco automatico del turn over del personale del servizio sanitario regionale fino al 31 dicembre dell'anno successivo a quello in corso e per l'applicazione del divieto di effettuare spese non obbligatorie per il medesimo periodo;

- la Regione Molise ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale e con riferimento alle risorse rinvenienti dalla leva fiscale regionale destinate obbligatoriamente al SSR.

Tuttavia si segnala che, come risultante dalla tabella trasmessa dalla struttura commissariale, il bilancio regionale ha utilizzato la cassa relativa al finanziamento del SSR ante 2018 che risulta, pertanto, trasferito al SSR per il 91% delle risorse ricevute. Le risorse relative alla leva fiscale sono state trasferite solo per il 29% delle somme incassate. Tavolo e Comitato rilevano che 22,724 mln di euro sono giacenti, al 31/12/2018, sul conto di tesoreria della GSA, non utilizzati per il pagamento dei fornitori, né trasferiti ad Asrem;

- confermano il rilevante ritardo nel pagamento dei fornitori, in particolare da parte di Asrem.

Ribadiscono quanto già espresso in merito al piano di intervento inerente il percorso teso al rispetto dei tempi di pagamento, richiesto dai Tavoli tecnici già a dal 4 aprile 2017, e richiamano quanto previsto dalla legge di bilancio per l'anno 2019, articolo 1, comma 865, in merito agli obiettivi dei Direttori generali con riferimento ai tempi di pagamento laddove si dispone di subordinare almeno il 30% dell'indennità di risultato al rispetto dei tempi di pagamento. Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale e richiedono che tale tematica sia affrontata dei Programmi operativi 2019-2021;

- con riferimento alla verifica annuale 2018 del Programma Operativo Straordinario 2015-2018:
 - la verifica dell'erogazione dei LEA registra una sufficiente capacità di risposta ai bisogni assistenziali, con criticità ancora ascrivibili al settore territoriale ed in particolare alla residenzialità per anziani;
 - riguardo l'accreditamento rimangono in attesa del provvedimento di modifica ed integrazione del DCA n. 43/2018 istitutivo dell'Organismo Tecnicamente Accreditante con le indicazioni dei Tavoli;
 - relativamente ai rapporti con gli erogatori privati accreditati, ribadiscono ancora una volta la necessità di porre un adeguato presidio sulla spesa effettuata dagli stessi, atteso che la produzione extrabudget continua a non apparire governata in maniera appropriata; restano, altresì, in attesa della definizione dell'attività programmatoria (budget e schema di contratto) per l'anno 2019;
 - rimangono in attesa delle bozze di Accordi di confine con le Regioni limitrofe;
 - riguardo alla rete ospedaliera, restano in attesa del documento di programmazione regionale;

- in materia di Punti nascita restano in attesa di quanto richiesto dal Comitato Percorso Nascita nazionale nella riunione del 9 ottobre 2018;
 - per quanto concerne l'integrazione della Fondazione Giovanni Paolo II con il Presidio Ospedaliero Cardarelli, stante il parere negativo reso dai Ministeri affiancanti sul protocollo di Intesa e sugli accordi attuativi (articolo 6 e articolo 7), restano in attesa di ricevere gli atti modificati e/o integrati;
 - riguardo alla rete territoriale, DCA n. 21/2018, rimangono in attesa del nuovo DCA revisionato alla luce delle indicazioni fornite.
- a seguito delle valutazioni odierne sopra riportate, in considerazione delle criticità rilevate, non sono nella condizione di concludere positivamente le valutazioni in merito al punto 6 dell'Accordo Stato-Regioni del 3 agosto 2016. Pertanto aggiornano ogni valutazione e, di conseguenza, l'erogazione della somma residua di 8 mln di euro del contributo statale destinato al SSR, alle analisi che saranno svolte in occasione del consuntivo 2018;
 - in ordine alla verifica adempimenti persistono criticità per gli anni 2015, 2016 e 2017.
Rilevano ancora una volta il grave ritardo con cui il bilancio regionale sta procedendo al trasferimento delle risorse già incassate e destinate al SSR. Richiamano lo specifico punto del mandato commissariale (punto xvi) di cui alla delibera del Consiglio dei Ministri del 7 dicembre 2018.
Raccomandano nuovamente la struttura commissariale al rafforzamento delle procedure preposte all'invio della documentazione inerente la verifica annuale degli adempimenti al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli adempimenti regionali.

Tavolo e Comitato, alla luce di quanto sopra, restano in attesa della predisposizione, da parte della struttura commissariale, del Programma Operativo 2019-2021 da trasmettere in preventiva valutazione ai Ministeri affiancanti.

Invitano la struttura commissariale a trasmettere in preventiva valutazione i provvedimenti attuativi del Piano di rientro.

Regione Puglia. Nella riunione congiunta tenutasi il 9 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Puglia a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo di 56,412 mln di euro. Dopo il conferimento delle risorse regionali sul bilancio 2019 per 50 mln di euro, e il conferimento degli utili al 31/12/2017 portati a nuovo dalla GSA per 8,550 mln di euro, il risultato di gestione a IV trimestre 2018 risulta in avanzo di 2,138 mln di euro.
Pertanto, ai sensi dell'articolo 1, comma 174, della legge n. 311/2004 e s.m.i. la Regione Puglia ha assicurato l'equilibrio economico;
- la Regione Puglia ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 100% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale.

Residuano circa 147 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende e non utilizzati

per i pagamenti dei fornitori o per trasferimenti della GSA;

- la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari al 31/12/2018, a livello regionale, al 31%;
- in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP), per la Regione Puglia nel suo complesso, non registra ritardi rispetto a quanto indicato dalla specifica direttiva europea in materia e come prescritto dal DPCM 22/09/2014. Rilevano altresì un trend di miglioramento rispetto agli anni precedenti. Rilevano alcune aziende non rispettose della citata direttiva europea sui tempi di pagamento.

Prendono atto che, secondo quanto comunicato dalla regione, i dati al 31 gennaio 2019 evidenziano un ulteriore miglioramento del dato in quanto l'ITP regionale si attesta a -5 giorni. Chiedono in ogni caso alla regione informazioni circa i provvedimenti regionali attuativi della normativa sui tempi di pagamento contenuta nella legge n. 145/2018 (articolo 1, comma 865);

- con riferimento alle movimentazioni operate sulla Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC), rilevano nell'anno 2018 pagamenti per il 78% dell'importo dovuto. Chiedono chiarimenti in merito alle basse movimentazioni della ASL Foggia e dei due IRCCS. Risulta inoltre che "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 49 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -11 giorni;
- con riferimento allo stato di attuazione del Programma Operativo 2016-2018:
 - riconoscono un miglioramento nel raggiungimento di gran parte degli obiettivi previsti nel PO 2016-2018;
 - lo stato di erogazione dei livelli di assistenza, così come sintetizzato dalla Griglia Lea, risulta in costante miglioramento rispetto alle annualità precedenti; persistono criticità nel settore della prevenzione, nel settore dell'assistenza territoriale e nell'appropriatezza e nella qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
 - rimangono in attesa dell'adozione, con specifico atto deliberativo, del documento di programmazione regionale ex DM n. 70/2015, corredato dalla tabella C, entro e non oltre il 15 maggio 2019, che dovrà recepire le indicazioni riportate nell'esito istruttorio condotto dal Tavolo del DM n. 70/2015;
 - relativamente al percorso nascita restano in attesa della formalizzazione di quanto richiesto dal Comitato Percorso Nascita Nazionale, nella riunione del 18 dicembre 2018, con riguardo alle richieste di deroga dei Punti Nascita di Gallipoli e di Galatina nonché alla chiusura del Punto Nascita di Bisceglie;
 - chiedono alla regione di ricomprendere tutte le forme di assistenza (anche quella primaria) per le diverse tipologie di utenza nel documento unico di riorganizzazione territoriale, definendo il fabbisogno, la pianificazione delle attività di implementazione della riorganizzazione unitamente agli indicatori di monitoraggio;
 - rilevano il persistere di criticità nell'erogazione di trattamenti di assistenza residenziale a persone non autosufficienti per tutti i livelli di intensità;
 - restano in attesa del provvedimento di recepimento dei manuali di accreditamento delle strutture sanitarie e socio-sanitarie, in ottemperanza alle richieste formulate, e dei provvedimenti di accreditamento per gli Enti Ecclesiastici e IRCCS privati.

Chiedono, inoltre, alla regione un prospetto riepilogativo di tutte le procedure di accreditamento ancora in essere;

- restano in attesa dei provvedimenti di assegnazione dei budget per l'anno 2018 e informazioni riguardo alla sottoscrizione dei contratti. Chiedono, inoltre, di trasmettere le delibere di assegnazione dei budget per l'anno 2019 per tutti i setting assistenziali, nonché informazioni in merito all'attività di sottoscrizione dei contratti;
 - chiedono maggiori informazioni riguardo al processo di aggregazione dei laboratori analisi privati accreditati (soglie minime di prestazioni, numero degli esami effettuati, chiarimenti in merito ai controlli effettuati). Restano in attesa dei risultati dell'aggregazione della rete pubblica;
 - restano in attesa di aggiornamenti relativamente al previsto piano di fabbisogno triennale regionale ai sensi del decreto legislativo n. 75/2017;
 - restano in attesa dei chiarimenti e delle integrazioni richieste dal Nucleo di Valutazione degli investimenti con riguardo alla nuova proposta di Accordo di programma ex articolo 20 della legge n. 67/1988 per il finanziamento degli interventi di ammodernamento e riqualificazione del SSR.
- con riferimento alla verifica adempimenti persistono criticità sull'anno 2017. Richiamano la regione al rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Al termine della riunione, i rappresentanti regionali comunicano di prendere atto del riconoscimento degli sforzi intrapresi al fine del perseguimento degli obiettivi previsti nel Programma Operativo 2016-2018.

Si impegna altresì a dare attuazione agli obiettivi previsti nel medesimo Programma Operativo 2016-2018, per i quali la regione è ancora carente o che non sono stati ancora raggiunti. La regione si impegna altresì ad inviare tutta la documentazione funzionale al superamento della verifica degli adempimenti 2017 e 2018 al fine di dare completa attuazione al Programma Operativo 2016-2018.

Regione Sicilia. Nella riunione congiunta tenutasi il 4 aprile 2019 il Tavolo di verifica degli adempimenti e il Comitato LEA hanno valutato quanto segue:

- la Regione Sicilia a IV trimestre 2018 presenta un disavanzo di 28,816 mln di euro. La regione ha predisposto coperture per 131,750 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione a IV trimestre 2018, dopo le suddette coperture, risulta in avanzo di 102,934 mln di euro.

Tavolo e Comitato valutano che la metà della copertura eccedente la necessita di copertura valutata nella riunione odierna, pari a 51,467 mln di euro, possa rientrare nella disponibilità regionale. In merito alla restante copertura, i Tavoli si esprimeranno in occasione dell'esame del Conto consuntivo 2018;

- sulla base delle valutazioni condotte nel corso della riunione:
 - ai sensi di quanto previsto dal articolo 2, comma 6, del decreto legge n. 120/2013 valutano che la Regione Siciliana debba destinare all'equilibrio del settore sanitario 0,021 mln di euro;

- chiedono alla regione, ai sensi di quanto disposto dall'articolo 20, comma 2 ter, del decreto legislativo n. 118/2011 che le risorse destinate all'equilibrio ex ante sia effettuata anno su anno, in quanto la possibilità di conferire risorse a valere sull'anno successivo è possibile solo a valere su risorse rinvenienti dalle maggiorazioni fiscali destinate obbligatoriamente al finanziamento del servizio sanitario regionale, ai sensi della legislazione vigente sui piani di rientro dai disavanzi sanitari. Pertanto sul bilancio regionale 2019 è necessario che la regione disponga sia delle risorse per l'anno 2018 sia le risorse per l'equilibrio del medesimo anno 2019. Tali risorse devono inoltre essere previste nel redigendo Programma Operativo.

In alternativa la regione può decidere di abrogare l'articolo 6 della legge regionale n. 3/2016 che ha disposto che per il finanziamento delle quote residue di capitale ed interessi del prestito sottoscritto ai sensi dell'articolo 2 comma 46, della legge n. 244/2007 tra il Ministero dell'economia e finanze e la Regione siciliana, per l'importo annuo di 127,850 mln di euro, è autorizzato l'utilizzo di una quota del Fondo sanitario;

- la Regione Siciliana ha rispettato il limite del 95% previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013, in quanto ha erogato al proprio Servizio sanitario regionale, entro il 31/12/2018, il 97% delle risorse incassate nell'anno 2018 dallo Stato a titolo di finanziamento del Servizio sanitario nazionale, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, ha destinato al finanziamento del proprio servizio sanitario regionale. Sono presenti circa 195 mln di euro sulla GSA non trasferiti alle aziende e non utilizzati per i pagamenti ai fornitori o per trasferimenti della GSA;
- rilevano che, rispetto al totale dei pagamenti effettuati nell'anno solare 2018, di fatture emesse in tale anno o in anni precedenti, il 32% si riferisce a fatture pagate oltre i termini previsti dal suddetto DPCM 22/09/2014. Evidenziano miglioramenti rispetto agli anni 2017 e 2016 in cui tale percentuale era del 40%;
- rilevano che, in base ai valori forniti dalla regione, l'indicatore di tempestività dei pagamenti, per la Regione Sicilia nel suo complesso, registra un ritardo medio di 19 giorni, in miglioramento rispetto ai 21 giorni dell'anno 2017 e ai 28 giorni dell'anno 2016;
- invitano la regione a presidiare l'utilizzo della Piattaforma di Certificazione dei Crediti (PCC) in special modo da parte di taluni Enti del SSR per i quali i pagamenti effettuati in rapporto all'importo dovuto risultano ancora troppo bassi. Risulta inoltre sulla PCC che "Tempo medio di pagamento ponderato" è pari a 58 giorni e il "Tempo medio di ritardo ponderato" è pari a -3 giorni;
- con riferimento al Programma Operativo 2016-2018:
 - evidenziano come lo stato di erogazione dei livelli di assistenza, così come sintetizzato dalla Griglia Lea anno 2017, risulta sufficiente con punteggio pari a 160 (livello di sufficienza >160). Le criticità sono principalmente ascrivibili al settore della prevenzione, all'assistenza territoriale e all'appropriatezza, qualità e sicurezza dell'assistenza ospedaliera;
 - esprimono parere favorevole sul DA n. 22/2019 e sul successivo DA n. 158/2019, a seguito dell'istruttoria condotta dal Tavolo del DM n. 70/2015, e rinviando al predetto Tavolo il previsto monitoraggio dell'attuazione di quanto programmato,

ivi compreso il recepimento delle specifiche osservazioni e criticità evidenziate dai Tavoli nel corso della riunione di verifica del 20/11/2018;

- restano in attesa di una dettagliata relazione su tutti i punti nascita sub-standard da inviare al Comitato Percorso Nascita Nazionale (CPNn), anche al fine di confermare i pareri precedentemente espressi;
- sollecitano la regione a predisporre un provvedimento unico e organico di programmazione dell'assistenza territoriale con il dettaglio, per azienda, dell'offerta attuale e quella programmata per tutte le tipologie di assistenza (anziani, disabili, hospice, ATF-UCCP etc) in coerenza con il DPCM LEA 12/01/2017;
- richiamano la regione a provvedere, nel più breve tempo possibile, ad istituire l'Organismo Tecnicamente Accreditante in attuazione dell'Intesa Stato-Regioni del 19/02/2015. Chiedono altresì alla regione di aggiornare i manuali di autorizzazione all'esercizio e accreditamento istituzionale ai sensi della normativa vigente, nonché di trasmettere un aggiornamento sullo stato di attuazione del processo di accreditamento e contrattualizzazione delle strutture private;
- richiamano la regione ad adottare i contratti di fissazione dei budget all'inizio del periodo di riferimento e chiedono alla stessa di trasmettere la documentazione programmatica per l'anno 2019 nonché aggiornamenti sull'attività di sottoscrizione dei relativi contratti. Ribadiscono inoltre la richiesta di prevedere l'adozione di uno specifico provvedimento di attribuzione delle funzioni non tariffabili ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo n. 502/1992;
- rimangono in attesa di aggiornamenti in merito alle risultanze dei procedimenti amministrativi in corso sui provvedimenti per l'aggregazione delle strutture laboratoristiche regionali;
- sollecitano la regione a trasmettere, nel più breve tempo possibile, lo schema di Protocollo d'Intesa con le Università degli Studi di Catania, Messina e Palermo che recepisca le osservazioni formulate e ne sottolineano il rilevante ritardo;
- con riferimento all'ISMETT, nelle more dei riscontri richiesti, rilevano che il Piano di efficientamento 2019-2021, pur essendo compatibile con la cornice normativa vigente fino al 31/12/2021, sembrerebbe non garantire, al termine della deroga legislativa (31/12/2021), il rientro nella legislazione vigente in materia di tariffe e funzioni;
- in merito al fabbisogno di personale:
 - rimangono in attesa di quanto già richiesto in occasione della riunione del 20/11/2018 in merito alla trasmissione dei piani di fabbisogno triennali degli enti del SSR siciliano ai sensi del decreto legislativo n. 75/2017 e alla dimostrazione della coerenza tra il piano di fabbisogno del personale ex articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015 e i piani di fabbisogno/stabilizzazioni predisposti ai sensi del decreto legislativo n. 75/2017, come previsto dalle specifiche Linee di indirizzo;
 - restano in attesa di quanto richiesto al fine di poter procedere alla valutazione del piano di fabbisogno del personale di cui all'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015;
 - chiedono alla regione di trattare in maniera esaustiva la tematica relativa ai piani di fabbisogno triennali degli enti del SSR siciliano ai sensi del decreto legislativo n.

75/2017, delle relative stabilizzazioni e della necessaria coerenza con il piano di fabbisogno del personale di cui all'articolo 1, comma 541, della legge n. 208/2015 anche nell'ambito del redigendo Programma Operativo;

- la verifica adempimenti per gli anni 2016 e 2017 è ancora in corso.

Raccomandano nuovamente la regione al regolare rispetto della tempistica relativa alle verifiche degli adempimenti regionali, al fine di non ritardare l'accesso alle quote premiali del finanziamento condizionate alla positiva verifica degli stessi.

Prendono atto della nota regionale assessorile con cui viene comunicata la volontà di proseguire il Piano di rientro mediante un nuovo Programma Operativo. Valutano altresì che gli atti di programmazione regionale, con particolare riferimento alla riorganizzazione dell'offerta della rete ospedaliera e territoriale (tra l'altro ancora da definire), necessitano almeno di un triennio per la loro implementazione e per il relativo monitoraggio, pertanto rimangono in attesa della trasmissione della bozza di un Programma Operativo triennale 2019-2021. Chiedono altresì la trasmissione della citata nota n. 4031 del 28 febbraio 2019 del Presidente della Regione Siciliana.

Box 2.1 - Monitoraggio della spesa sanitaria delle autonomie speciali

Nell'ambito del coordinamento della finanza pubblica, nonché del recepimento in legge del Titolo II del DLGS n. 118/2011 da parte delle Autonomie speciali³⁷, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha avviato l'attività di monitoraggio della spesa sanitaria anche con le Autonomie speciali³⁸: Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano.

Ciò in considerazione del fatto che il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 costituisce principio fondamentale di coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione ed è finalizzato alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana, ai sensi dell'articolo 120, secondo comma, della Costituzione, al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci. Le norme contenute nel Titolo II sono dirette a disciplinare le modalità di redazione e di consolidamento dei bilanci da parte dei predetti enti, nonché a dettare i principi contabili cui devono attenersi gli stessi per l'attuazione delle disposizioni ivi contenute.

Di seguito si riportano, in sintesi, gli esiti delle riunioni svoltesi per il monitoraggio della spesa sanitaria con le Regioni Valle d'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna, e per le Province Autonome di Trento e di Bolzano con riferimento ai conti del 2017, nei mesi di luglio, agosto, settembre e dicembre 2018. Per la Regione Friuli Venezia Giulia si è altresì tenuta, in data 13 marzo 2018, la riunione di monitoraggio del Conto Economico relativo al IV trimestre 2018.

Regione Valle d'Aosta: *Il Conto economico consuntivo 2017 trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Valle d'Aosta (al netto della voce AA0080) evidenzia una perdita di 22,128 mln di euro. Il Tavolo valuta che il risultato di gestione evidenzia un disavanzo di 22,128 mln di euro. Dopo il conferimento delle risorse aggiuntive per l'erogazione dei LEA, preordinate dalla Regione nel corso dell'anno 2017, per 22,903 mln di euro, la Regione Valle d'Aosta ha garantito l'equilibrio economico, evidenziando un avanzo di 0,775 mln di euro. Il Tavolo rileva in ogni caso che permangono ancora delle criticità nella rilevazione delle entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2017 per quanto riguarda il Fondo sanitario vincolato e il saldo di mobilità sanitaria che non permettono la precisa ricostruzione degli importi riferiti al finanziamento che la Regione deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2017 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti*

³⁷ Le regioni Valle D'Aosta, Friuli Venezia Giulia, Sardegna e le Province Autonome di Trento e di Bolzano hanno recepito con propri provvedimenti legislativi l'applicazione del Titolo II del DLGS 118/2011 a far data dall'anno 2015 e limitatamente agli enti dei propri Servizi sanitari.

³⁸ Si ricorda che la Regione Sicilia è oggetto di monitoraggio periodico in quanto sottoposta al sistema premiale poiché lo Stato compartecipa al finanziamento del SSR siciliano ed è attualmente sottoposta a Piano di rientro dai disavanzi sanitari. Per tale regione si rinvia a quanto riportato al paragrafo 2.4. Si ricorda inoltre che per tale regione è entrato in vigore il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011 a far data dall'anno 2014.

aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e l'ammontare esatto ovvero i Contributi da regione (extra Fondo) – risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA" destinati alla copertura dei maggiori costi per l'erogazione dei LEA. Inoltre, il Tavolo chiede alla regione di contabilizzare – laddove presente – nell'apposita voce AA0090 il finanziamento destinato alla copertura dei livelli aggiuntivi dei LEA (cosiddetti Extra LEA) in un importo coerente rispetto a quanto riportato nell'allegato 5 del modello LA che registra un valore di prestazioni pari a 4,002 mln di euro.

Ricorda la necessità di procedere all'approvazione formale del Conto consolidato provinciale in coerenza con quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011. In relazione alla possibilità di individuare singolarmente le diverse fonti di finanziamento del Servizio sanitario regionale (finanziamento obbligatorio LEA, finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per Extra-LEA), il Tavolo si riserva in futuro di operare la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata dall'anno 2012 alle altre regioni che applicano il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011. Il Tavolo rileva che con riferimento ai conti trimestrali non risultano presenti sul sistema NSIS i modelli CE riepilogativi 999 riferiti al II trimestre, il cui termine risulta scaduto il 31 agosto 2018. Il Tavolo raccomanda la puntuale trasmissione di tutti i modelli economici alle scadenze previste.

Regione Friuli Venezia Giulia. Nella riunione del 11 luglio e 18 dicembre 2018 di verifica del Conto economico consuntivo 2017: Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Regione Friuli Venezia Giulia (al netto della voce AA0080) presenta, alla data della verifica del 18 dicembre 2018, una perdita di 14,708 mln di euro. Il Tavolo valuta che il Conto consuntivo 2017 della Regione Friuli Venezia Giulia presenta un disavanzo di 14,708 mln di euro. Il Tavolo rileva che una parte del finanziamento del SSR non è tracciato nel Conto consolidato regionale. Non risultano rilevati gli importi afferenti alle attività sovrazionali riferibili all'azienda EGAS che non partecipa al consolidamento degli enti del SSR. La regione ha comunicato che sono stati previsti circa 12 mln di euro nel disegno di legge di assestamento del bilancio 2018 a copertura delle perdite 2017. Il Tavolo rileva che non è nella condizione di valutare definitivamente il risultato di gestione, mancando sul Conto consolidato regionale i ricavi ed i costi di EGAS che non viene consolidato. Nel richiamare la regione al rispetto di quanto disposto dal decreto legislativo n. 118/2011, invita la regione a fornire le informazioni che permettano di valutare il risultato di gestione in maniera completa, nelle more dell'adeguamento delle rappresentazioni contabili a quanto disposto dalla legge con riferimento agli enti che beneficiano dei trasferimenti per l'erogazione dei LEA. Chiede in ogni caso alla regione di trasmettere gli ulteriori provvedimenti con la quale la stessa intenderebbe dare copertura al risultato di gestione relativo all'anno 2017, che, ripetesì, il Tavolo non è in grado di valutare complessivamente, mancando nei conti depositati a NSIS l'azienda EGAS.

Nella riunione del 13 marzo 2019 di verifica del Conto economico del IV trimestre 2018: Il modello CE trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Regione Friuli Venezia Giulia (al netto della voce AA0080) presenta un risultato di gestione di +0,911 mln di euro. Si segnala che tutte le

aziende consolidate risultano in utile per complessivi 1,659 mln di euro. Si ricorda quanto previsto dall'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011 in merito all'utilizzo di eventuali utili aziendali, anche ai fini della determinazione del risultato di gestione consolidato secondo la metodologia applicata da questo Tavolo. Si richiamano anche le valutazioni operate sui minori accantonamenti attesi, pari a 6,106 mln di euro (netto EGAS). Il Tavolo valuta che il Conto consolidato di IV trimestre 2018 della Regione Friuli Venezia Giulia presenta un risultato di gestione pari a +0,911 mln di euro. Il Tavolo rileva nuovamente che una parte del finanziamento e dei costi del SSR, destinato ad EGAS, non è tracciato nel Conto consolidato regionale. Il Tavolo constata nuovamente che non è nella condizione di valutare definitivamente il risultato di gestione, mancando sul Conto consolidato regionale i ricavi ed i costi di EGAS che non viene consolidato. Richiama la circostanza che risultano mancanti accantonamenti per rinnovo contratti e convenzioni per 6,106 mln di euro. Richiama anche la circostanza che il conto consolidato regionale ingloba algebricamente utili di esercizio per 1,659 (sempre netto EGAS), per i quali non risulterebbe, ai sensi dell'articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, alcun provvedimento di assegnazione a copertura perdite del SSR e, pertanto, nella disponibilità delle singole aziende. Tale utile, ai sensi di quanto previsto dal citato articolo 30 del decreto legislativo n. 118/2011, non può essere scontato direttamente a compensazione delle perdite del SSR in mancanza di specifico provvedimento in tal senso. Chiede in ogni caso alla regione di compilare correttamente il modello CE del consolidato regionale e di valorizzare correttamente le voci di conto economico al fine di consentire la completa armonizzazione contabile dei dati afferenti l'intero SSR, al fine del monitoraggio della erogazione dei LEA e della corretta e uniforme lettura dei dati contabili. In ogni caso, in applicazione della metodologia propria del Tavolo ai fini della valutazione del risultato di gestione, parametrando le entrate da finanziamento del Servizio sanitario regionale alle Intese Stato-Regioni sul Riparto 2018 e riclassificando extracontabilmente le partite del payback e le ulteriori risorse conferite al Servizio sanitario regionale, erroneamente esposte nelle voci di pertinenza del Finanziamento indistinto e vincolato sancito dalle citate Intese Stato-Regioni, il risultato di gestione sarebbe rideterminato (sempre netto EGAS) nei termini di seguito riportati: la Regione Friuli Venezia Giulia, considerando le entrate iscritte nelle voci relative al finanziamento indistinto e vincolato parametrize a quanto condiviso tra Stato e Regioni nelle Intese sul Riparto del finanziamento del SSN per l'anno 2018, presenta uno squilibrio di 87,423 mln di euro. Dopo il conferimento delle ulteriori risorse regionali impegnate a favore del SSR (80,569 mln di euro) ed erroneamente iscritte sulle voci di entrata relative al finanziamento indistinto e vincolato da Intese Stato-Regioni sul Riparto SSN per l'anno 2018, la regione presenta un disavanzo di 6,854 mln di euro, essenzialmente legato alla mancata appostazione degli accantonamenti per i rinnovi 2018 del personale convenzionato. Lo squilibrio di 87,423 mln di euro è pari al 3,6% del finanziamento previsto dalle Intese Stato-regioni sul Riparto per l'anno 2018. Il Tavolo chiede nuovamente alla regione di effettuare il dovuto approfondimento sulla natura delle iscrizioni in entrata esposte sulle voci AA0030 e AA0040 ai fini delle opportune riclassificazioni sulle voci a tal fine previste AA0080 e AA0090. Chiede che tali approfondimenti siano anche condotti sulle voci AA0070 e AA0100. Chiede che EGAS sia incluso nel

perimetro di consolidamento, così come già richiesto nel corso delle verifiche dei conti consuntivi 2016 e 2017.

Regione Sardegna: Sulla base di quanto valutato nel corso della riunione odierna il Tavolo conclude quanto segue: conferma il disavanzo di 328,372 mln di euro già registrato per l'esercizio 2015, che risulta interamente ripianato con coperture pluriennali derivanti da risorse del bilancio autonomo regionale reperite solo nell'anno 2016 e nell'anno 2017. Il disavanzo dell'esercizio 2015 sul finanziamento ordinario, incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, è pari all'11,22%. Il Tavolo richiama quanto convenuto nell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in merito all'impegno da parte delle regioni di assicurare l'equilibrio in corso d'anno del proprio Servizio sanitario regionale. Il Tavolo evidenzia il mancato conferimento in corso d'anno delle risorse per garantire l'equilibrio dell'anno 2015 ed il ritardo con cui la regione ha conferito al proprio SSR le coperture relative al risultato di gestione 2015 che risulta essere stato coperto definitivamente solo due anni dopo l'esercizio di riferimento; sulla base di quanto depositato da ultimo in data 26 luglio 2018 dalla Regione Sardegna a NSIS, il risultato di gestione, al netto della voce AA0080, a Conto consuntivo 2016 presenta un disavanzo di 344,259 mln di euro. Sono iscritte sulla voce AA0080 coperture per 25,291 mln di euro, pertanto il risultato di gestione, dopo le coperture, viene rideterminato in un disavanzo di 318,968 mln di euro. La regione successivamente ha disposto ulteriori coperture a valere sul bilancio regionale 2017 e 2018 per complessivi 129,816 mln di euro. Alla luce delle coperture stanziolate dalla regione, a due anni dall'anno contabile 2016, residua un disavanzo 2016 non coperto pari a 189,152 mln di euro. Il disavanzo 2016 sul finanziamento ordinario, incrementato delle maggiori entrate proprie rispetto a quelle cristallizzate e inglobate nel livello di finanziamento, è pari all'11,54%. Il Tavolo richiama gli adempimenti di legge in caso di alti disavanzi annuali e la necessità di presentare un piano di rientro. Il Tavolo richiama nuovamente quanto convenuto nell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in merito all'impegno da parte delle regioni di assicurare l'equilibrio in corso d'anno del proprio Servizio sanitario regionale. Il Tavolo evidenzia il mancato conferimento in corso d'anno delle risorse per garantire l'equilibrio dell'anno 2016 ed il ritardo con cui la regione ha conferito al proprio SSR le coperture relative al risultato di gestione 2016 che risulta essere stato solo parzialmente coperto due anni dopo l'esercizio di riferimento. Richiama la circostanza che attualmente sono in corso di conferimento ulteriori coperture che dovrebbero gravare sul bilancio regionale 2018 ed ulteriori risorse sarebbero preordinate sul bilancio regionale 2019 contravvenendo quanto più volte rappresentato in merito alla necessità di garantire l'equilibrio di bilancio durante l'esercizio di riferimento. Il Tavolo ricorda che la legislazione vigente in materia sanitaria non consente coperture pluriennali e che le stesse sono state eccezionalmente assentite solo in regime di deroga in contesti di piani di rientro dai disavanzi sanitari concordati con il Governo (es articolo 1, comma 796, lettera e, della legge n. 296/2006); la Regione Sardegna a Conto consuntivo 2017 presenta un disavanzo, al netto della voce AA0080, di 240,199 mln di euro.

Alla luce delle coperture iscritte dalla regione sul bilancio 2017, e risultanti dal modello di CE sulla voce AA0080, per complessivi 115,345 mln di euro,

residua un disavanzo non coperto di 124,854 mln di euro. La percentuale del disavanzo sul finanziamento incrementato delle entrate proprie è pari all'8,03%. Considerando il disavanzo dell'anno 2016 ancora non coperto, il disavanzo complessivo a cui dare copertura è pari a 314,006 mln di euro. Il Tavolo richiama nuovamente quanto convenuto nell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in merito all'impegno da parte delle regioni di assicurare l'equilibrio in corso d'anno del proprio Servizio sanitario regionale; la Regione Sardegna non ha pienamente rispettato il limite previsto dall'articolo 3, comma 7, del decreto legge n. 35/2013 in quanto, con riferimento alle risorse destinate, nell'anno 2017, al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale: ha erogato entro il 31/12/2017 il 98% delle risorse previste; ha erogato entro il 31/03/2018 il 99% delle risorse previste. Il Tavolo chiede chiarimenti e i tempi del trasferimento al SSR dell'ulteriore 1% rimanente, pari a 32,510 mln di euro; rileva che, nell'anno 2017, la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 28%. Rileva che, al I semestre 2018, la percentuale di pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22/09/2014 è pari, a livello regionale, al 44%. Rileva in particolare l'alta percentuale dei pagamenti effettuati oltre i termini dall'Azienda per la tutela della salute –ATS (62%), la principale azienda sanitaria; rileva che, in base ai valori forniti dalla regione relativi all'anno 2017 e al I trimestre 2018, l'indicatore di tempestività dei pagamenti, registra ritardi per tutte le aziende sanitarie. Tra l'anno 2014 e l'anno 2017 inoltre non si evidenziano trend netti di miglioramento per tutte le aziende; con riferimento alle movimentazioni della Piattaforma dei crediti commerciali (PCC) rileva sull'anno 2017 pagamenti per il 70% dell'importo dovuto. Risultano movimentazioni più basse in molte aziende. Con riferimento ai dati al I semestre 2018 la percentuale dei pagamenti sul dovuto è appena il 17%; con riferimento allo Stato Patrimoniale 2017, il Tavolo rimane in attesa degli approfondimenti e dei chiarimenti richiesti, riservandosi successive analisi all'esito delle verifiche e sistemazioni contabili in corso da parte della regione. Evidenzia in ogni caso che risultano perdite portate a nuovo per -575,949 mln di euro, di cui -265,920 mln di euro quali perdite derivanti dalla mancata copertura di ammortamenti non sterilizzati al 31/12/2013, oltre alla perdita d'esercizio. Con riferimento a quanto rappresentato dalla regione sull'attività in corso sulle iscrizioni a patrimonio netto, il Tavolo ribadisce la richiesta di predisporre un piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, commi 77 e seguenti, della legge n. 191/2009 nel quale affrontare anche l'intervento volto a verificare la correttezza delle scritture contabili del patrimonio netto con riferimento particolare al fondo di dotazione, ai finanziamenti per gli investimenti, alle perdite portate a nuovo e alle relative coperture. Si ricorda che l'entità dei disavanzi registrati ogni anno dalla Regione Sardegna è tale da superare abbondantemente la percentuale di obbligatorietà per la sottoscrizione di un piano di rientro prevista dalla legislazione vigente e che, in mancanza di piano di rientro volto alla correzione strutturale del SSR, non potrà che ripetersi quanto finora osservato in merito ai disavanzi registrati; con riferimento all'anno 2018, sulla base dei dati di I trimestre, il disavanzo che si sta prospettando sull'intero anno 2018 risulterebbe pari a circa 220 mln di euro. A fronte di tale disavanzo la regione avrebbe stanziato coperture per 88,736 mln di euro. Pertanto anche per l'anno 2018 si starebbe prospettando un disavanzo non coperto, pari a 130 mln di euro. Il Tavolo raccomanda la

regione a mettere in atto tutte le iniziative, ivi ricomprendendo predisposizione di idonee misure di copertura in corso d'anno, nonché la predisposizione di un piano di rientro, per far fronte al disavanzo che si sta prospettando anche sull'anno 2018 e al fine di intraprendere un percorso triennale di risanamento strutturale della struttura dei costi e dell'offerta del Servizio sanitario della Regione Sardegna, oltre che affrontare la tematica dell'ingente debito sanitario pregresso; evidenzia che la situazione di squilibrio che si starebbe prospettando al 31/12/2018 è pari a circa 708 mln di euro. Richiama quanto disposto all'articolo 2, comma 77, della legge 191/2009 che fissa nel 5% il livello di disavanzo, ancorché coperto dalla regione, oltre il quale la regione è tenuta a presentare il Piano di rientro dai disavanzi sanitari (ovvero un livello inferiore al 5% qualora le risorse del bilancio regionale non garantiscano la copertura integrale del disavanzo), rileva che tale percentuale nell'ultimo triennio è sempre ben superiore alla predetta soglia del 5%. Alla luce di quanto sopra rappresentato il Tavolo ribadisce la richiesta di predisporre un piano di rientro ai sensi dell'articolo 2, commi 77 e seguenti, della legge n. 191/2009 nel quale affrontare la copertura integrale dei disavanzi pregressi e il programma triennale di contenimento dei costi. Ribadisce ancora una volta quanto convenuto nell'articolo 6 dell'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 in merito all'impegno da parte delle regioni di assicurare l'equilibrio in corso d'anno del proprio Servizio sanitario regionale. Il Tavolo ricorda che la legislazione vigente in materia sanitaria non consente coperture pluriennali e che le stesse sono state eccezionalmente assentite solo in regime di deroga in contesti di piani di rientro dai disavanzi sanitari concordati con il Governo (es. articolo 1, comma 796, lettera e, della legge n. 296/2006).

Provincia Autonoma di Trento: Il conto economico consuntivo 2017 trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla PA di Trento (al netto della voce AA0080) evidenzia un disavanzo di 167,937 mln di euro. Il Tavolo valuta che la Provincia Autonoma di Trento a consuntivo 2017 presenta un disavanzo di 167,937 mln di euro. La Provincia Autonoma di Trento ha iscritto nella voce AA0080 a titolo di conferimento di risorse aggiuntive per l'erogazione dei LEA l'importo di 168,024 mln di euro. Pertanto il risultato di gestione a Conto consuntivo 2017, dopo il conferimento delle risorse aggiuntive, risulta in avanzo di 0,087 mln di euro. Rileva che la Provincia Autonoma di Trento ha cominciato a superare le criticità rilevate nella riunione del 28 luglio 2017, che però ancora permangono e pertanto le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto economico 2017 non permettono la divisione degli importi riferiti al finanziamento che la regione deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2017 e non permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e per gli Extra LEA.

Provincia Autonoma di Bolzano: Il Conto economico consuntivo 2017 trasmesso al Nuovo Sistema Informativo sanitario dalla Provincia Autonoma di Bolzano (al netto della voce AA0080, non movimentata) evidenzia un avanzo di 12,691 mln di euro. Il Tavolo valuta che il Conto consuntivo 2017 della Provincia Autonoma di Bolzano presenta un avanzo di 12,691 mln di euro. Rileva che le entrate iscritte nelle apposite voci di Conto consuntivo 2017 non permettono la ricostruzione degli importi riferiti al finanziamento che la Provincia deve assicurare per l'erogazione dei LEA da Riparto 2017 e non

permettono altresì di distinguere i finanziamenti aggiuntivi riconosciuti in corso d'anno per l'erogazione dei LEA e l'ammontare esatto per gli Extra LEA. Prende atto di quanto dichiarato dalla Provincia in merito alla scelta di non istituire la GSA in quanto le risorse preordinate per il Servizio sanitario verranno integralmente trasferite alla Azienda sanitaria provinciale. Il Tavolo, inoltre, con riferimento alla posizione rappresentata dalla Provincia Autonoma di Bolzano in sede di riunione, relativa alla decisione di valorizzare i modelli economici nel rispetto delle linee guida ministeriali, compatibilmente alle specificità del finanziamento del servizio sanitario provinciale totalmente a carico della Provincia, ribadisce che è necessario riportare separatamente nelle apposite voci di bilancio il finanziamento derivante dal riparto delle risorse per l'erogazione dei LEA sul quale, peraltro, la Provincia Autonoma di Bolzano sancisce l'Intesa. Del resto l'attuale impianto normativo sul riparto delle risorse a copertura del fabbisogno sanitario standard regionale è costruito a partire dal livello di finanziamento predefinito che consente l'uniforme erogazione dei LEA su tutto il territorio nazionale, in maniera appropriata ed efficiente. La scelta della Provincia di voler assicurare un profilo erogativo dei LEA più elevato rispetto allo standard deve essere evidenziato nella specifica voce di bilancio e ciò anche per consentire allo Stato di assicurare una corretta individuazione delle regioni benchmark. La specificità rappresentata dalla Provincia circa una diversa struttura dei costi, rispetto alle altre regioni, che si discosta da quella media nazionale, oltre a non essere un motivo per non applicare le regole contabili previste dal decreto legislativo n. 118/2011 in materia di armonizzazione dei bilanci quale principio di coordinamento di finanza pubblica, dovrebbe essere debitamente rappresentata nella sede opportuna, allorché tutte le regioni e le province autonome di Trento e Bolzano devono pronunciarsi sull'Intesa del Riparto. Si ricorda altresì che la necessità di garantire l'armonizzazione contabile, competenza esclusiva statale, prescinde dalle modalità organizzative e di finanziamento dei diversi servizi sanitari. Ricorda la necessità di procedere all'approvazione formale del Conto consolidato provinciale in coerenza con quanto disposto dal Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011. In relazione alla richiesta di individuare singolarmente le diverse fonti di finanziamento del Servizio sanitario provinciale (finanziamento obbligatorio LEA, finanziamento aggiuntivo LEA e finanziamento per Extra-LEA), al fine di garantire l'armonizzazione contabile dei bilanci sanitari, il Tavolo si riserva dall'esame dei conti 2018 di operare la valutazione del risultato di gestione sulla base della metodologia applicata dall'anno 2012 alle altre regioni che applicano il Titolo II del decreto legislativo n. 118/2011.

CAPITOLO 3 - Evoluzione Sistema tessera sanitaria

3.1 - Aggiornamenti delle procedure del Sistema TS

3.1.1 - Premessa

L'infrastruttura e le funzionalità del Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) sono descritte nella Sezione II del presente documento. Nei paragrafi che seguono, invece, si descrivono le innovazioni introdotte nel 2018 oltre a fornire una rappresentazione quantitativa delle informazioni raccolte dal Sistema TS.

3.1.2 - Dematerializzazione delle ricette mediche

Complessivamente, dal 1° gennaio 2014 al mese di maggio 2019, sono state dematerializzate circa 2,3 miliardi di ricette a carico del SSN, di cui oltre 1,9 mld di ricette di farmaceutica ed oltre 360 mln di ricette di specialistica, territoriale ed ospedaliera.

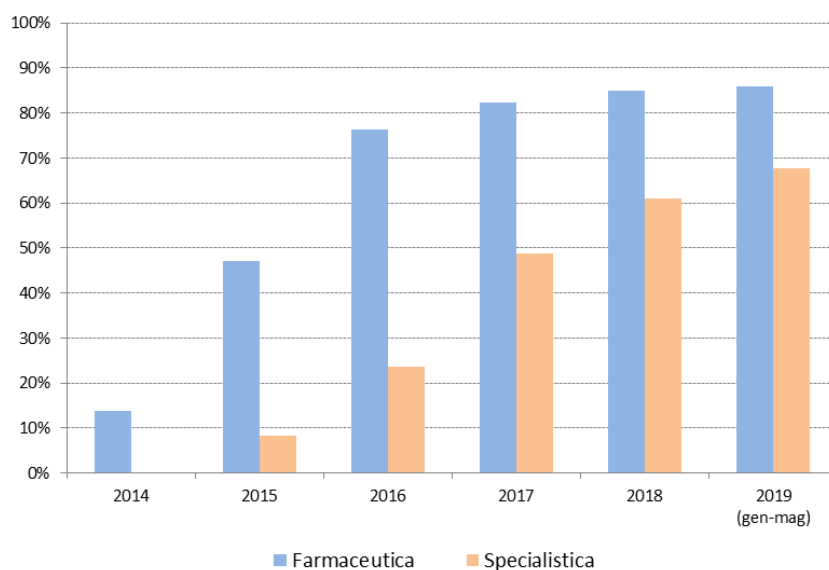
Nella tabella 3.1 e nella figura 3.1 è rappresentato il trend della ricetta dematerializzata dal 2014.

Tab. 3.1: Ricette dematerializzate erogate, farmaceutica convenzionata e specialistica – Anni 2014-2019 (gen-mag) - (mln di unità)

Ricetta erogata	2014	2015	2016	2017	2018	2019 (gen-mag)	Totale
Farmaceutica							
Dematerializzata	84	279	446	475	486	212	1.982
Ricette Totali*	605	591	584	577	572	247	
%	14%	47%	76%	82%	85%	86%	
Specialistica							
Dematerializzata	0	17	49	103	131	61	362
Ricette Totali*	210	210	209	212	214	90	
%	0%	8%	24%	49%	61%	68%	
Totale Dematerializzata	85	296	495	579	617	273	2.344
Totale ricette	815	801	793	789	787	337	
%	10%	37%	63%	73%	78%	81%	

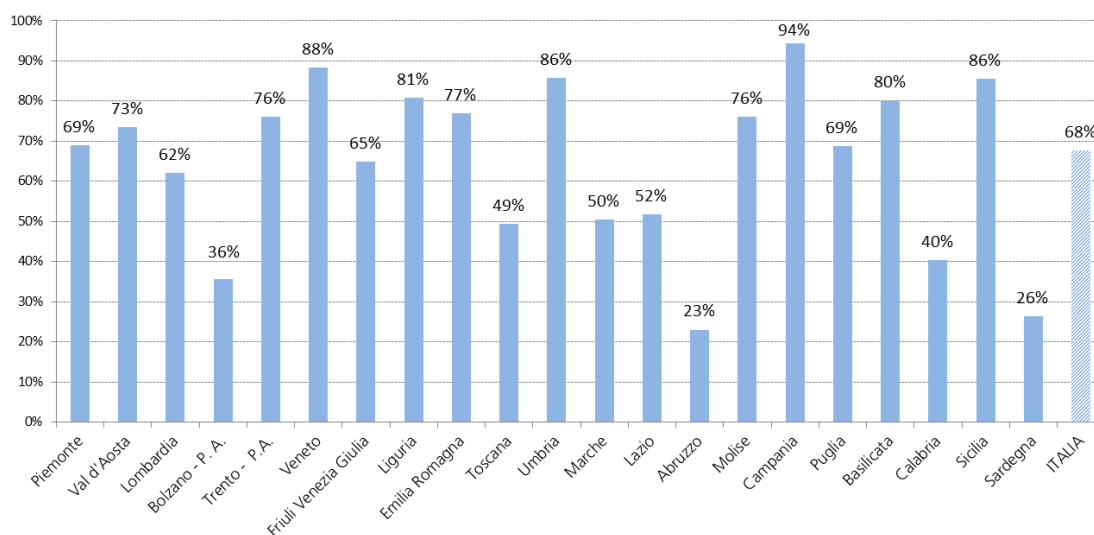
* Somma delle ricette dematerializzate e delle ricette cartacee

Fig. 3.1: Peso% Ricette dematerializzate di Farmaceutica convenzionata e Specialistica erogate sul Totale delle ricette erogate



Nella figura 3.2 è rappresentato il peso % delle ricette dematerializzate erogate di specialistica nel periodo gennaio-maggio 2019 rispetto al totale delle ricette erogate nello stesso periodo, per regione.

Fig. 3.2: Peso% Ricette dematerializzate erogate di specialistica rispetto al Totale delle ricette erogate – Anno 2019 (gen-mag)



Il completamento della dematerializzazione della ricetta è legato alle attività descritte di seguito:

- **Farmaceutica.** Ai sensi dell'art. 4 del DPCM 14/11/2015, è in corso di realizzazione l'estensione dell'utilizzo e della circolarità della ricetta farmaceutica dematerializzata anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA/regionale ed a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale. A tal fine, sono in corso di definizione le relative attività con il Ministero della salute, AIFA e le Regioni.

- **Specialistica.** L'avanzamento della dematerializzazione della ricetta specialistica è legato alle seguenti attività in corso di realizzazione:
 - progressivo adeguamento, da parte di medici e strutture sanitarie, pubbliche e private, dei propri sistemi informativi alla prescrizione della dematerializzata;
 - adeguamento delle procedure per la corretta rilevazione dei tempi di attesa;
 - trasmissione tempestiva dei nomenclatori e dei cataloghi regionali aggiornati al Sistema TS da parte delle regioni al fine di permettere il controllo delle codifiche regionali delle prestazioni prescritte sulle ricette dematerializzate di specialistica (DM 2 novembre 2011) spese in regioni diverse da quelle di produzione (c.d. circolarità).

Inoltre, in collaborazione con Ministero della salute e Regioni, sono in corso le attività per la dematerializzazione delle prestazioni per cure termali che si propone di semplificarne la prescrizione ed erogazione, uniformandone le procedure a livello nazionale.

Infine, sono attualmente in corso di analisi, con Ministero della salute e Regioni, le procedure per la dematerializzazione del promemoria cartaceo.

3.1.3 - Dematerializzazione della ricetta veterinaria

In un'ottica di razionalizzazione degli investimenti già sostenuti dal Ministero dell'economia e delle finanze, l'infrastruttura del Sistema TS, già utilizzata per la dematerializzazione delle ricette mediche, è stata messa a disposizione nell'ambito della realizzazione della ricetta elettronica veterinaria.

L'art. 3 della L 20 novembre 2017, n. 167, ha previsto l'introduzione e l'adozione di un sistema informativo per la tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati, in attuazione delle direttive 2001/82/CE e 90/167/CEE.

Tale sistema - realizzato dal Ministero della salute, in collaborazione con l'Istituto Zooprofilattico Sperimentale dell'Abruzzo e del Molise, e composto dalla Banca Dati Centrale della Tracciabilità del Farmaco (BDC) e dal Sistema Informativo Nazionale per la Farmacosorveglianza (ricetta veterinaria elettronica) - consente di tracciare l'intero ciclo di gestione dei medicinali e dei mangimi medicati/prodotti intermedi destinati all'uso in veterinaria, dalla prescrizione-erogazione fino alla registrazione delle informazioni dei trattamenti effettuati.

La prescrizione veterinaria, come stabilito dall'art. 3 della L 167/2017, è predisposta ed erogata esclusivamente per mezzo della ricetta veterinaria elettronica, entrata definitivamente in vigore dal 16/4/2019 con il decreto del Ministro della salute 8 febbraio 2019 – "Modalità applicative delle disposizioni in materia di tracciabilità dei medicinali veterinari e dei mangimi medicati".

Con tale decreto le farmacie, ai fini dell'erogazione dei farmaci prescritti con la ricetta veterinaria elettronica, possono utilizzare l'infrastruttura del Sistema TS.

3.1.4 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN

Con riferimento ai dati delle prestazioni di specialistica acquisite dal Sistema TS, nel corso degli anni 2018 e 2019 è proseguito, da parte delle regioni, laddove necessario, il recupero dei flussi corrispondenti. A tal proposito, nella tabella 3.2 sono riportate le

prestazioni di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN e trasmesse al Sistema TS dalle strutture erogatrici per gli anni dal 2016 al 2018 che, attualmente³⁹, risultano pari a ca. 11,2 mld di euro per l'anno 2016, ca. 11,5 mld di euro per il 2017 e ca. 11,7 mld di euro per il 2018.

Tab. 3.2: spesa sanitaria lorda per le prestazioni di specialistica ambulatoriale – Anni 2016-2018 (valori in euro e variazioni percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	Δ% 2017 vs 2016	Δ% 2018 vs 2017
Piemonte	886.156.606	887.427.217	925.588.386	0,1%	4,1%
Val d'Aosta	24.188.062	25.312.561	24.754.723	4,4%	-2,3%
Lombardia	2.479.221.408	2.491.283.643	2.512.876.728	0,5%	0,9%
Bolzano - P. A.	100.807.843	103.975.991	108.395.519	3,0%	4,1%
Trento - P.A.	80.629.507	85.474.644	90.623.187	5,7%	5,7%
Veneto	1.035.975.709	1.077.471.238	1.111.669.852	3,9%	3,1%
Friuli Venezia Giulia	287.191.599	288.654.726	304.808.410	0,5%	5,3%
Liguria	253.025.486	259.746.574	266.201.275	2,6%	2,4%
Emilia Romagna	890.536.546	957.364.490	986.516.860	7,0%	3,0%
Toscana	756.136.998	742.284.977	723.681.970	-1,9%	-2,6%
Umbria	191.924.173	193.979.965	199.019.460	1,1%	2,5%
Marche	291.039.589	270.419.506	241.003.631	-7,6%	-12,2%
Lazio	963.994.227	918.289.956	947.721.398	-4,9%	3,1%
Abruzzo	197.108.211	203.894.784	207.583.659	3,3%	1,8%
Molise	70.593.283	69.517.713	72.745.059	-1,5%	4,4%
Campania	723.049.021	786.127.779	829.042.372	8,0%	5,2%
Puglia	607.680.006	650.770.070	723.354.733	6,6%	10,0%
Basilicata	115.546.152	117.529.846	112.257.583	1,7%	-4,7%
Calabria	226.813.950	240.182.835	245.969.826	5,6%	2,4%
Sicilia	801.607.476	853.543.063	845.413.450	6,1%	-1,0%
Sardegna	266.799.307	273.537.916	262.858.655	2,5%	-4,1%
ITALIA	11.250.025.158	11.496.789.493	11.742.086.735	2,2%	2,1%

3.1.5 - Collaborazioni con ISTAT

Il Ministero dell'economia e delle finanze collabora con ISTAT ai fini della produzione di statistiche sperimentali tramite le informazioni del sistema Tessera Sanitaria, finalizzate all'inserimento di nuove statistiche nell'ambito del SISTAN.

3.1.6 - Compartecipazione del cittadino alla spesa sanitaria a carico del SSN: controlli del Sistema TS

Nelle tabelle 3.3, 3.4 e 3.5 che seguono è riportata la ricognizione delle regole nazionali e regionali, vigenti a giugno 2019, relative alla compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica (Tab. 3.3 e 3.4) e specialistica (Tab. 3.5) a carico del SSN, come trasmesse al Sistema TS ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003.

³⁹ I valori indicati sono in corso di aggiornamento da parte delle regioni. L'aggiornamento che si riporta è del 21/6/2019 ed include i valori disponibili per l'ACISMOM e per i SASN.

Tab. 3.3: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte I

Regione	Compartecipazione spesa farmaceutica			Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito *		
Piemonte	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per E92
Val d'Aosta	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Qualunque codice di esenzione: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lombardia	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione max 2€ a ricetta (max 3€ a ricetta per pluriprescrizioni) Compartecipazione 2: 1€ a confezione (max 6€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Bolzano - P. A.	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2: 1€ a ricetta		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Trento - P.A.	1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Veneto	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Friuli Venezia Giulia	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Liguria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta)	Compartecipazione 1: 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per T19-T18-TDL01
Emilia Romagna	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (QM): 3€ a confezione (max 6€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Toscana	4€ a confezione (max 8€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (EID-ERD): 4€ a confezione (max 8€ a ricetta) Compartecipazione 2 (EIC-ERC): 3€ a confezione (max 6€ a ricetta) Compartecipazione 3 (EIB-ERB): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per VRT
Umbria	3€ a confezione (max 6€ a ricetta)	Compartecipazione 1 (R2): 1€ a confezione (max 2€ a ricetta) Compartecipazione 2 (R3): 2€ a confezione (max 4€ a ricetta)		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Marche	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Lazio	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 2,5€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 4€ a confezione se prezzo farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: nessun ticket Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1€ a confezione se prezzo farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione se prezzo farmaco > 5€		Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale

* La dicitura 'Compartecipazione n°' si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del farmaco (AIFA)

Tab. 3.4: Regole regionali sulla compartecipazione farmaceutica – Parte II

Compartecipazione spesa farmaceutica			Differenza fra prezzo al pubblico e prezzo di riferimento
Regione	Compartecipazione a carico degli assistiti Non esenti	Compartecipazione a carico degli assistiti esenti, in funzione dei codici esenzione/fascia di reddito*	
Abruzzo	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale**: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a confezione (max 1,5€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - nessun ticket se il prezzo è uguale o inferiore a quello di riferimento; - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo è superiore a quello di riferimento Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,25€ a confezione (max 0,75€ a ricetta) se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 1€ a confezione (max 3€ a ricetta) se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Molise	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€, - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€, - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Compartecipazione 1: 0,5€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 0,5€ a confezione + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€ - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco ≤ 5€ - 2€ a confezione (max 6€ a ricetta) + 0,5€ a ricetta se il prezzo del farmaco > 5€	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01 e TDL
Campania	Per i farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta Per i farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci in lista di trasparenza regionale: 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: - 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 2€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale con pluriprescrizione prevista per patologia: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: - farmaci in lista di trasparenza regionale: 1€ a ricetta - farmaci non in lista di trasparenza regionale: 1,5€ a confezione (max 3€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 3: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per F01
Puglia	Per i farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta Per i farmaci non pluriprescrivibili: 2€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Per i farmaci pluriprescrivibili: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: - farmaci equivalenti e con codice ATC "A02BC02": 1€ a ricetta - farmaci non pluriprescrivibili: 1€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta - farmaci pluriprescrivibili in confezioni multiple per ricetta: 0,5€ a confezione (max 5,5€ a ricetta) + 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 1€ a ricetta	Esenzione per TOT02 e TOT07
Basilicata	2€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta Compartecipazione 2: 2€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per OS0-OS2-OS3 (per ciclospina)
Calabria	2€ a confezione (max 4€ a ricetta) + 1€ a ricetta	Compartecipazione 1: 1€ a ricetta	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sicilia	Per farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 4€ a confezione Per farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 4,5€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 2€ a confezione Per farmaco equivalente con prezzo > 25€: 2,5€ a confezione	Compartecipazione 1: come non esenti Compartecipazione 2: - farmaco non equivalente con prezzo ≤ 25€: 1,5€ a confezione - farmaco non equivalente con prezzo > 25€: 2€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo ≤ 25€: 1€ a confezione - farmaco equivalente con prezzo > 25€: 1,5€ a confezione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale
Sardegna	Nessuna compartecipazione	Nessuna compartecipazione	Esenzioni dal pagamento previste dalla normativa nazionale + esenzione per TDL

* La dicitura "Compartecipazione" si riferisce a gruppi di codici di esenzione, diversi per regione, per i quali si applicano modalità differenti di compartecipazione.

** Le liste di trasparenza riportano gli elenchi dei farmaci a brevetto scaduto equivalenti aggiornati dall'Agenzia Italiana del Farmaco (AIFA)

Tab. 3.5: Regole regionali sulla compartecipazione specialistica

Compartecipazione spesa prestazioni di specialistica ****		
Regione	Franchigia **	Quota fissa ***
Piemonte	36,15 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Val d'Aosta *	36,15 €	10€ solo se valore ricetta > 20€
Lombardia	36,00 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 15,00€
Bolzano - P. A.	36,15€ (18,08€ per esenzione E22)	0
Trento - P.A.	36,15 €	Quota fissa 3€
Veneto	36,15 €	10€, ridotta a 5€ per fascia di reddito 7RQ
Friuli Venezia Giulia	36,00 €	Quota variabile in base al valore della ricetta: da 0,00 a 30,00€
Liguria	36,15 €	10,00 €
Emilia Romagna *	36,15 €	Fascia di reddito QB: quota fissa 0€ Fascia di reddito QM: - 0€ se valore ricetta ≤ 10€ - 15€ se valore ricetta > 10€; - 0€ per RMN e TAC ma franchigia 70€ Non residenti: 10€ previsti dalla normativa nazionale
Toscana *	38,00 €	Cfr. tabella B.1
Umbria	36,15 €	Cfr. tabella B.2
Marche	36,20 €	10,00 €
Lazio	36,15 €	10,00 €
Abruzzo	36,15 €	10,00 €
Molise *	36,15 €	10,00 €
Campania	36,15 €	10€ + Ulteriore quota fissa pari a: - 10€ se valore ricetta > 56,15€ per i Non esenti - 5€ se valore ricetta > 56,15€ per alcuni codici di esenzioni; - 5€, indipendentemente dal valore della ricetta, per altri codici di esenzione - 0€, indipendentemente dal valore della ricetta, per ulteriori altri codici di esenzione
Puglia	36,15 €	10,00 €
Basilicata	36,15 €	0
Calabria	45,00 €	10€ + Ulteriore quota fissa di 1€
Sicilia *	36,15 €	10€ + ulteriore importo pari al 10% del valore eccedente la franchigia
Sardegna	46,15 €	0

* Le regioni contrassegnate con l'asterisco prevedono, a luglio 2019, ulteriori articolazioni della compartecipazione su specifiche prestazioni di specialistica

** Art.8, comma 16, L. 537/93

*** Art. 17, comma 6, DL 98/2011

**** Per le regioni Piemonte, Lazio, Molise e Calabria, le regole riportate nella tabella sono quelle attualmente disponibili al Sistema TS

Tab. B1 (per ricette di valore superiore a 10 euro)

Se valore ricetta > 10€:					
Fascia di reddito	Specialistica ambulatoriale (escluse prestazioni dettagliate)	RMN e TAC	Prestazioni cicliche	Pacchetti ambulatoriali complessi di medicina fisica e riabilitazione	Chirurgia ambulatoriale e diagnostica per immagini (Pet e scintigrafie)
ERA	0 €	0 €	0 €	0 €	0 €
ERB	10 €	10 €	10 €	32 €	15 €
ERC	20 €	24 €	24 €	52 €	30 €
Nessuna fascia	30 €	34 €	34 €	82 €	40 €

Tab. B2

Fascia di reddito	Specialistica ambulatoriale	RMN e TAC
R1	0 €	0 €
R2	5 €	10 €
R3	10 €	24 €
Nessuna fascia	15 €	34 €

Nella tabella 3.6 si riporta il valore della compartecipazione da parte del cittadino alla spesa sanitaria farmaceutica e specialistica a carico del SSN, come trasmesse al Sistema TS secondo le regole indicate nella precedente tabella.

Tab. 3.6: Compartecipazione alla spesa sanitaria farmaceutica convenzionata e specialistica a carico del SSN – Anni 2016-2018 (valori in miliardi di euro)

Compartecipazione (Farmaceutica)	2016	2017	2018
Ticket	0,5	0,5	0,5
Differenza col generico	1,1	1,1	1,1
TOTALE	1,6	1,6	1,6

Compartecipazione (Specialistica)	2016	2017	2018
Franchigia	1,3	1,4	1,3
Quota fissa	0,5	0,5	0,5
TOTALE	1,8	1,8	1,8

Sono attualmente in corso le elaborazioni delle informazioni del Sistema TS a supporto delle decisioni regionali finalizzate alla riduzione della quota fissa per ricetta di prestazioni di specialistica ambulatoriale, come previsto dal Decreto del Ministero della salute 12 febbraio 2019.

3.1.7 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito

Con riferimento al procedimento descritto nel paragrafo 'Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito' della Sezione II – Nota tecnico-

illustrativa del presente documento, le prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN costituiscono (limitatamente alle prestazioni di specialistica ambulatoriale), ad oggi, circa il 33% del totale nazionale delle prestazioni a carico del SSN.

In particolare, sono stati elaborati dal Sistema TS⁴⁰ i controlli di tutte le autocertificazioni di esenzione per reddito effettuate dai cittadini per gli anni che vanno dal 2011 al 2017 (circa 6 milioni di autocertificazioni su base annua a livello nazionale).

Nel 2017, gli esiti "negativi"⁴¹ di tali controlli da parte del Sistema TS riguardano circa il 24% delle autocertificazioni effettuate dai cittadini e interessano circa il 6% delle prestazioni in esenzione per reddito a carico del SSN.

3.1.8 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)

I servizi di gestione della TS-CNS sono realizzati attraverso la Card Management System (CMS) regionale o nazionale, messa a disposizione dal Sistema TS, la quale assicura l'interoperabilità tra i sistemi regionali.

A giugno 2019 sono state abilitate circa 2,6 mln di TS-CNS, pari a circa il 4% del totale delle TS-CNS distribuite alla stessa data⁴².

3.1.9 - Certificati telematici di malattia

Le procedure per la realizzazione dei certificati telematici, già previste per i medici per la trasmissione all'INPS dei certificati di malattia elettronici on-line, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, sono state estese anche ai certificati telematici di malattia per il personale navigante (SASN).

3.1.10 - Fatturazione elettronica e corrispettivi

Il DL n. 119 del 23 ottobre 2018 ha disciplinato gli obblighi inerenti alla trasmissione delle fatture elettroniche e dei corrispettivi telematici all'Agenzia delle entrate. In particolare, l'art. 10-bis e l'art. 17 disciplinano tali aspetti per i soggetti che sono già tenuti all'invio dei dati al Sistema TS ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata.

A tal fine, in collaborazione con Agenzia delle entrate, sono in corso le attività per l'adeguamento del Sistema TS.

⁴⁰ I controlli sono effettuati dal Sistema TS secondo le modalità previste dal DM 11/12/2009, sulla base delle verifiche con i dati delle banche dati dell'Anagrafe tributaria dell'Agenzia delle entrate e delle banche dati dei titolari di pensione dell'INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro.

⁴¹ Cfr. paragrafo 'Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito' della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa'.

⁴² Il dato include sia il numero delle TS-CNS attivate dalle regioni che hanno adottato il CMS che quello comunicato dalle regioni che utilizzano piattaforme proprie.

3.1.11 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

Con riferimento all'attuazione del Fascicolo Sanitario Elettronico (FSE) e dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) descritti nella Sezione II del presente documento, sono stati conseguiti i seguenti risultati.

L'Infrastruttura Nazionale (INI), a cura del Ministero dell'economia e delle finanze - Ragioneria Generale dello Stato, tramite la Sogei, è stata realizzata ed è operativa da dicembre 2017.

Contestualmente, attraverso piani realizzativi condivisi con la Ragioneria Generale dello Stato, Ministero della salute e Agid, ciascuna regione si è impegnata alla implementazione del proprio FSE, adeguandolo, laddove già realizzato, alle nuove funzionalità di interoperabilità con INI.

Le attività a carico delle regioni sono monitorate, congiuntamente con il Ministero della salute e AgID, nell'ambito del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e del Comitato di verifica LEA, sulla base di quanto previsto dalla Legge di Bilancio 2017 (L 232/2016, art. 1, co. 382).

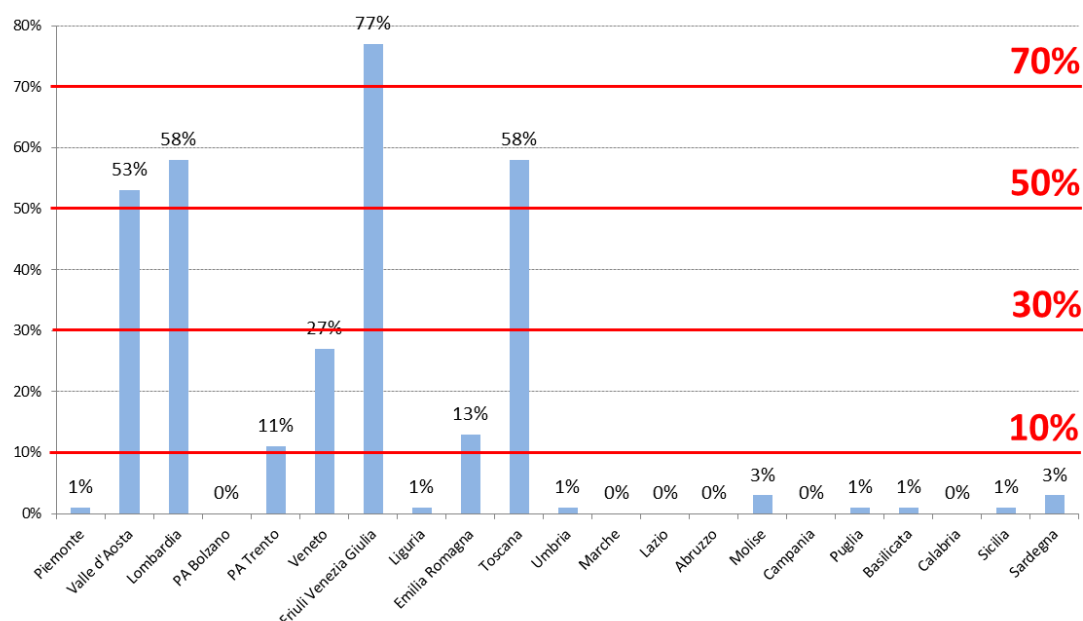
Con riferimento allo stato di attuazione delle attività, fino al mese di luglio 2019 risulta che le seguenti regioni si sono avvalse dei servizi INI "in sussidiarietà":

- sussidiarietà per tutte le funzionalità (c.d. "sussidiarietà totale"), richiesta dalle regioni Campania, Calabria, Sicilia e Abruzzo;
- sussidiarietà per le sole funzionalità di interoperabilità con INI, per le regioni Piemonte e Basilicata.

Attraverso tali funzionalità, le predette regioni hanno potuto disporre in tempi rapidi di una infrastruttura di FSE per i propri assistiti, interoperabile con i FSE delle altre regioni. Le altre regioni hanno completato la realizzazione dell'infrastruttura del proprio FSE nonché delle funzioni di interoperabilità con INI.

In merito ai FSE attivati, fino al mese di luglio 2019 risulta che circa 12 mln di assistiti SSN, avendo rilasciato il proprio consenso, hanno un FSE attivo. Nella figura che segue, si riporta il dettaglio per ogni regione della percentuale di cittadini che hanno attivato il proprio FSE rilasciando il previsto consenso secondo le modalità definite a livello regionale (on-line, sportello ASL, medico di base, farmacia, etc) e risultanti nell'Anagrafe dei consensi dell'INI. Sono in corso le attività per promuovere una campagna di comunicazione nazionale per far conoscere agli assistiti la possibilità di attivare un proprio FSE.

Fig. 3.3: FSE attivati con rilascio consenso (% popolazione)



Circa, poi, i documenti sanitari digitali disponibili nel FSE, attualmente devono essere inseriti, in via prioritaria, nei FSE regionali i referti di laboratorio, il Profilo sanitario sintetico⁴³ e le prestazioni farmaceutiche e specialistiche.

I relativi dati devono essere trasmessi al FSE in formato digitale conforme agli standard europei del FSE. Per le prestazioni farmaceutiche e specialistiche, ai sensi delle indicazioni normative contenute nella Legge di Bilancio 2017 e del successivo decreto attuativo del Ministero dell'economia e delle finanze del 4/8/17, i relativi dati sono resi disponibili dal Sistema TS, tramite INI.

Sono in corso, in tutte le regioni, le attività di digitalizzazione degli ulteriori documenti sanitari da inserire nei FSE. A tal proposito è previsto per le regioni lo stanziamento di circa 208 mln per il quadriennio 2018-2021 a supporto delle attività di digitalizzazione. Sono in corso le attività per la condivisione del previsto decreto di riparto fra le regioni delle risorse finanziarie.

Inoltre, con il DM 25/10/2018, è stata prevista una semplificazione per l'assistito per l'accesso on-line al proprio FSE. Infatti, è possibile l'accesso, oltre che dai portali regionali, anche tramite il portale nazionale (www.fascicolosanitario.gov.it) attraverso i servizi messi a disposizione da INI, al fine di garantire all'assistito continuità nell'accesso stesso al proprio FSE anche nei casi di trasferimenti di assistenza. Sono in corso le attività implementative.

⁴³ I documenti prioritari sono definiti dal DPCM 178/2015 e dalla legge 11 dicembre 2016, n. 232 (L.B. 2017).

3.2 - Spesa sanitaria sostenuta dai cittadini

3.2.1 - Evoluzioni

Di seguito, si descrivono le ultime evoluzioni dell'infrastruttura del Sistema TS utilizzata per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, riguardo all'estensione della platea di erogatori di prestazioni sanitarie sottoposti all'obbligo dell'invio telematico delle spese mediche al sistema TS.

Strutture sanitarie militari. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 22/3/2019, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, la platea dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini si estende, a partire dall'anno 2019, alle strutture sanitarie militari.

Le relative modalità attuative sono disciplinate con provvedimento dell'Agenzia delle entrate e con decreto del Ragioniere Generale dello Stato adottati, rispettivamente, in data 06/05/2019 e in data 09/05/2019. Su tutti i predetti provvedimenti è stato reso il parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy del 17 e 31 gennaio 2019.

Esercenti professioni sanitarie. Sono in corso le attività di ampliamento della platea dei soggetti obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini agli esercenti delle professioni sanitarie relative a:

- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico sanitario di laboratorio biomedico;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico audiometrista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico audioprotesista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico ortopedico;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Dietista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico di neurofisiopatologia;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico fisiopatologia cardiocircolatoria e perfusione cardiovascolare;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Igienista dentale;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Fisioterapista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Logopedista;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Podologo;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Ortottista e assistente di oftalmologia;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Terapista della neuro e psicomotricità dell'età evolutiva;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico della riabilitazione psichiatrica;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Terapista occupazionale;

- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Educatore professionale;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di Tecnico della prevenzione nell'ambiente e nei luoghi di lavoro;
- gli iscritti all'albo della professione sanitaria di assistente sanitario;
- gli iscritti all'albo dei biologi.

3.2.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie

Dal 28 gennaio 2019, accedendo al sito www.sistemats.it, è disponibile il servizio di consultazione attraverso il quale tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono accedere ai dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema TS, come descritto nella Sezione II-Nota tecnico-illustrativa del presente documento.

A giugno 2019 oltre 62 mila utenti hanno utilizzato il servizio di consultazione per un totale di circa 183 mila accessi.

E' in corso di realizzazione anche un'apposita applicazione per l'utilizzo delle funzionalità anche con smartphone (mobile).

3.2.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2016, 2017 e 2018

Le tabelle che seguono riportano il confronto degli anni 2016, 2017 e 2018 in cui le tipologie⁴⁴ di soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, obbligati all'invio al sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, non sono variate.

Tab. 3.7: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi precompilata – Anni 2016-2018 (valori in miliardi di euro e variazioni assolute e percentuali)

Soggetti invariants	2016	2017	2018	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2017 vs 2016 (Variazione percentuale)	2018 vs 2017 (Variazione percentuale)
Farmacie pubbliche e private	8,29	8,96	9,51	0,66	0,55	8,0%	6,2%
Strutture pubbliche	2,13	2,20	2,27	0,07	0,07	3,1%	3,1%
Strutture private accreditate	5,26	5,72	6,01	0,46	0,29	8,8%	5,1%
Medici chirurghi	7,18	7,30	7,49	0,12	0,19	1,7%	2,7%
- Medici	2,56	2,58	2,65	0,02	0,07	0,9%	2,8%
- Odontoiatri	4,62	4,72	4,84	0,10	0,12	2,1%	2,6%
Strutture autorizzate	3,05	3,62	4,10	0,56	0,48	18,4%	13,3%
Altri operatori sanitari	2,21	2,69	2,90	0,47	0,22	21,3%	8,2%
- Parafarmacie	0,29	0,35	0,40	0,06	0,05	21,9%	14,6%
- Ottici	1,45	1,83	1,95	0,38	0,12	26,5%	6,8%
- Psicologi	0,47	0,49	0,53	0,02	0,04	5,1%	8,7%
- Tecnici radiologi	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	6,0%	-1,4%
- Infermieri	0,01	0,01	0,01	0,00	0,00	12,1%	7,6%
- Ostetrici	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	14,2%	8,2%
Totale	28,13	30,48	32,29	2,35	1,81	8,3%	5,9%

⁴⁴ Per la descrizione delle tipologie dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie, si veda il Capitolo "Sistema Tessera Sanitaria" della Sezione II – Nota tecnico-illustrativa del presente documento.

Si osserva un miglioramento della rilevazione della spesa sanitaria privata, (pari al +8,3% nel 2017 vs 2016 ed al +5,9% nel 2018 vs 2017) essenzialmente imputabile alle strutture autorizzate ed alle farmacie rispettivamente pari, nel 2018, a circa +0,48 mld di euro ed a +0,55 mld di euro.

Nella tabella 3.8 si riporta la distribuzione regionale della rilevazione della spesa sanitaria per gli anni 2016, 2017 e 2018⁴⁵.

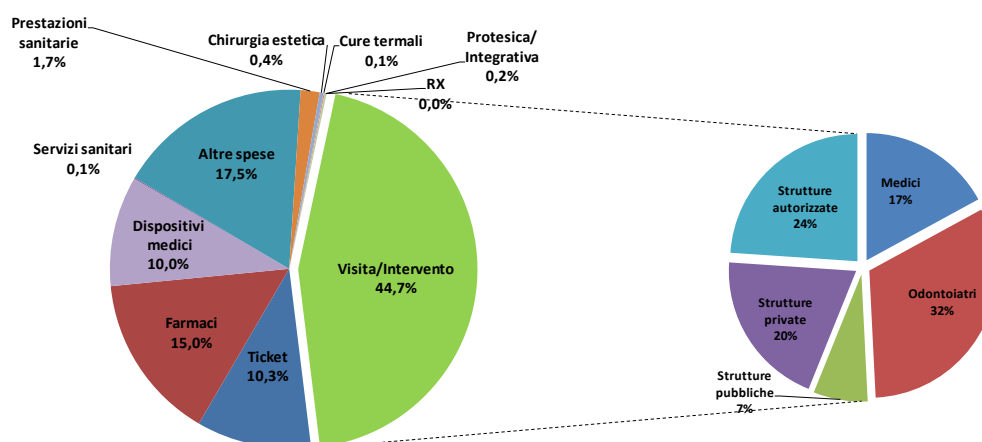
Tab. 3.8: spesa sanitaria trasmessa al Sistema TS per la dichiarazione dei redditi. Dettaglio regionale – Anni 2016-2018 (valori in miliardi di euro, variazioni assolute e percentuali)

Regioni	2016	2017	2018	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)	2017 vs 2016 (Variazione percentuale)	2018 vs 2017 (Variazione percentuale)
Piemonte	2,19	2,45	2,62	0,26	0,17	11,9%	6,8%
Valle d'Aosta	0,06	0,06	0,07	0,01	0,00	11,1%	5,4%
Lombardia	6,61	7,27	7,65	0,66	0,38	9,9%	5,2%
Provincia autonoma di Bolzano	0,27	0,28	0,31	0,02	0,03	6,3%	8,9%
Provincia autonoma di Trento	0,32	0,34	0,36	0,01	0,02	4,5%	5,8%
Veneto	2,92	3,10	3,26	0,18	0,16	6,3%	5,0%
Friuli Venezia Giulia	0,59	0,62	0,66	0,03	0,03	4,9%	5,1%
Liguria	0,86	0,93	0,97	0,07	0,05	8,4%	5,1%
Emilia Romagna	2,78	2,95	3,09	0,17	0,14	6,0%	4,7%
Toscana	1,93	2,04	2,15	0,11	0,11	5,8%	5,4%
Umbria	0,35	0,38	0,40	0,03	0,02	7,8%	5,0%
Marche	0,65	0,68	0,74	0,04	0,05	5,7%	7,6%
Lazio	3,02	3,34	3,53	0,33	0,19	10,8%	5,8%
Abruzzo	0,44	0,47	0,50	0,02	0,03	5,6%	6,8%
Molise	0,09	0,10	0,10	0,01	0,01	9,6%	7,3%
Campania	1,45	1,56	1,68	0,11	0,12	7,6%	7,8%
Puglia	1,21	1,31	1,41	0,10	0,11	8,0%	8,0%
Basilicata	0,14	0,15	0,16	0,01	0,01	6,2%	8,0%
Calabria	0,46	0,50	0,54	0,04	0,04	8,0%	8,4%
Sicilia	1,30	1,40	1,51	0,10	0,11	7,7%	7,5%
Sardegna	0,50	0,55	0,60	0,05	0,04	10,5%	7,9%
ITALIA	28,13	30,48	32,29	2,35	1,81	8,3%	5,9%

La figura 3.4 mostra la composizione della rilevazione della spesa sanitaria privata 2018 per tipologia. Nel periodo considerato, si osserva la prevalenza delle spese per visite specialistiche ed interventi sul totale della spesa (oltre il 44%) a carico dei privati.

⁴⁵ I valori indicati includono i valori disponibili per l'ACISMOM.

Fig. 3.4: spesa sanitaria privata 2018 – distribuzione percentuale per tipologia di spesa e struttura di erogazione



Nel 2018, analogamente al 2016 e 2017, la rilevazione della spesa sanitaria privata per visite specialistiche ed interventi chirurgici proviene prevalentemente da medici odontoiatri⁴⁶.

La rilevazione della spesa sanitaria risente delle opposizioni esercitabili dal cittadino sia al momento dell'erogazione della prestazione che prima dell'invio del documento all'Agenzia delle entrate tramite l'applicazione del Sistema TS o anche comunicandolo direttamente all'Agenzia delle Entrate. Riguardo a questi ultimi, nel 2018, l'opposizione è stata esercitata su circa 4.600 documenti, di cui circa 2.900 tramite Sistema TS e circa 1.700 comunicate all'Agenzia delle entrate.

3.2.4 - La spesa veterinaria

Riguardo alla spesa veterinaria, l'incremento della medesima, per entrambi i periodi di osservazione, è sostanzialmente stabile (circa +66 mln di euro). Stabile risulta anche la variazione attribuibile alla spesa per veterinari.

Tab. 3.9: spesa veterinaria trasmessa al Sistema TS per il 730-precompilato – Anni 2016-2018 (valori in milioni di euro e variazioni assolute)

Soggetti invianti	2016	2017	2018	2017 vs 2016 (Valori assoluti)	2018 vs 2017 (Valori assoluti)
Farmacie pubbliche e private	151,87	167,28	188,70	15,41	21,42
Strutture pubbliche	0,00	0,01	-	0,01	- 0,01
Strutture private accreditate	0,01	0,07	0,07	0,06	- 0,00
Strutture autorizzate	5,12	8,15	9,17	3,03	1,02
Altri operatori sanitari	485,14	531,62	574,83	46,48	43,21
- Parafarmacie	9,63	11,61	13,53	1,98	1,92
- Veterinari	475,51	520,01	561,30	44,50	41,29
Totale	642,14	707,13	772,77	64,98	65,64
Variazione %				10,1%	9,3%

⁴⁶ La voce 'Altre spese' include le spese sanitarie, sostenute dai cittadini e trasmesse dai soggetti invianti al Sistema TS, per le quali non è prevista alcuna agevolazione fiscale ai fini della dichiarazione precompilata.

3.3 - Profilo per età della spesa sanitaria

3.3.1 - Rilevanza, finalità ed utilizzazione

La forte correlazione del consumo sanitario con l'età del soggetto rileva innanzitutto in una prospettiva temporale, in ragione del processo di invecchiamento demografico. Infatti, il progressivo aumento dell'incidenza della popolazione nelle fasce di età più anziane, caratterizzate da maggiori bisogni sanitari, potrebbe determinare, nei prossimi decenni, una significativa crescita della domanda di servizi sanitari, generando una pressione sulle risorse necessarie al loro finanziamento.

La suddetta correlazione rileva anche in un'ottica spaziale in quanto la medesima offerta di prestazioni sanitarie, a parità di classe di bisogno, potrebbe tradursi in differenti livelli di spesa pro capite se calata in realtà territoriali caratterizzate da un diverso stadio del processo di invecchiamento delle rispettive popolazioni. Una regione più "vecchia" sotto il profilo demografico dovrebbe spendere mediamente di più di una regione comparativamente più "giovane", a parità di ogni altra condizione, in quanto dovrà soddisfare un costo maggiore per la concentrazione di assistiti nelle classi di bisogno a più elevato consumo sanitario.

Tuttavia, i differenziali di spesa sanitaria pro capite, rilevati a livello regionale, non riflettono solamente gli effetti indotti dalla diversa struttura demografica. È indubbio, infatti, che una parte importante di tali differenze sono dovute al diverso livello di efficienza ed efficacia gestionale nella produzione ed erogazione dei servizi sanitari, alle caratteristiche quali-quantitative dell'offerta, alla propensione al consumo sanitario nelle diverse aree del paese e, infine, al livello di risorse aggiuntive che la collettività locale ritiene di destinare al finanziamento della sanità pubblica, rispetto al fabbisogno *standard*. Quest'ultime caratterizzazioni risultano sintetizzate nella stima dei profili regionali del consumo sanitario, i quali possono differire fra loro per livello e grado di correlazione con l'età.

Il Dipartimento della RGS è impegnato, da molti anni, nell'attività di analisi e previsione dei costi del sistema sanitario, sia a livello nazionale che in ambito europeo⁴⁷. Tale attività si basa essenzialmente sulla stima preliminare dei profili del consumo sanitario per età e sesso, con riferimento alle principali prestazioni sanitarie. Per quanto riguarda la spesa specialistica e farmaceutica, a partire dal 2011, i profili del consumo pro capite sono stati stimati sulla base dei dati rilevati con il Sistema TS.

Nei paragrafi successivi si fornirà, per ciascuna delle due componenti di spesa, una descrizione dei profili del consumo sanitario per età e sesso calcolati a livello nazionale e per area geografica riferiti all'anno 2018.

3.3.2 - Spesa per la farmaceutica convenzionata

Il profilo per età della spesa farmaceutica pubblica è definito come il rapporto fra la spesa complessiva rilevata a ciascuna età e la popolazione residente alla stessa età⁴⁸. La

⁴⁷ In ambito europeo, l'attività di analisi e previsione di medio-lungo periodo della spesa sanitaria è svolta presso il gruppo di lavoro *Working Group on Ageing Populations and Sustainability*, costituito presso il Comitato di Politica Economica del Consiglio Ecofin (*Ageing Report 2018*, maggio 2018).

⁴⁸ Previsione della popolazione residente al primo gennaio 2019 (Istat, 2018).

spesa considerata è quella rilevata tramite ricetta e, quindi, è riferita alla sola componente in convenzione. Resta esclusa pertanto la componente di spesa erogata direttamente dalle strutture sanitarie pubbliche. Inoltre, la spesa farmaceutica è rilevata al netto degli sconti e della compartecipazione, e pertanto corrisponde al costo effettivo di finanziamento sostenuto dal SSN.

Al fine di rendere più intellegibili i profili di spesa farmaceutica, con particolare riguardo ai differenziali per età e sesso, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2018, tale valore si è attestato attorno ai 130 euro.

Per l'intero territorio nazionale, il profilo per età della spesa pro capite, standardizzata rispetto al valore medio complessivo, mostra l'andamento noto. Dopo un leggero incremento nelle età pediatriche, con un massimo relativo attorno ai 4 anni, la curva presenta un andamento leggermente crescente fino ai 45 anni, dove raggiunge un valore di circa 0,5. Successivamente, si evidenzia un'accelerazione del ritmo di crescita che porta la spesa pro capite dei settantenni ad un livello di circa 6 volte quello rilevato per i quarantacinquenni. Oltre gli 80-85 anni si assiste, invece, ad una sensibile decrescita del profilo, in corrispondenza di una numerosità della popolazione fortemente ridimensionata per via dell'incidenza crescente della mortalità (Fig. 3.5).

Tale fenomeno, riscontrabile anche in altri paesi, può essere ricondotto a diversi fattori, fra cui la maggiore incidenza di trattamenti sanitari in strutture, come quelle ospedaliere, dove la prestazione farmaceutica è parte integrante del trattamento. Probabilmente, esistono anche ragioni legate ad una diversa incidenza delle patologie e alle terapie farmacologiche ad esse associate.

L'andamento sopra descritto è sostanzialmente comune ad entrambi i sessi. Occorre, tuttavia, segnalare una leggera prevalenza del costo pro capite delle donne nelle età fertili, ed una significativa superiorità del profilo maschile oltre i 60 anni, con uno scarto percentuale gradualmente crescente che raggiunge circa il 30% attorno ai 90 anni.

L'analisi per area geografica evidenzia differenze non trascurabili in termini di livello medio di spesa pro capite, come si evince dalla figura 3.6. Nel confronto, il Centro, il Sud e le Isole mostrano un valore superiore alla media nazionale, rispettivamente del 5%, del 12% e del 4%. Viceversa il Nord-Ovest ed il Nord-Est si collocano sensibilmente al di sotto della media nazionale con scarti, rispettivamente, di circa il 5% e di circa il 20 %. I valori pro capite della spesa farmaceutica netta convenzionata per singola regione sono riportati nella figura 3.7.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente i profili e i differenziali di genere descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.8).

Fig. 3.5: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2018

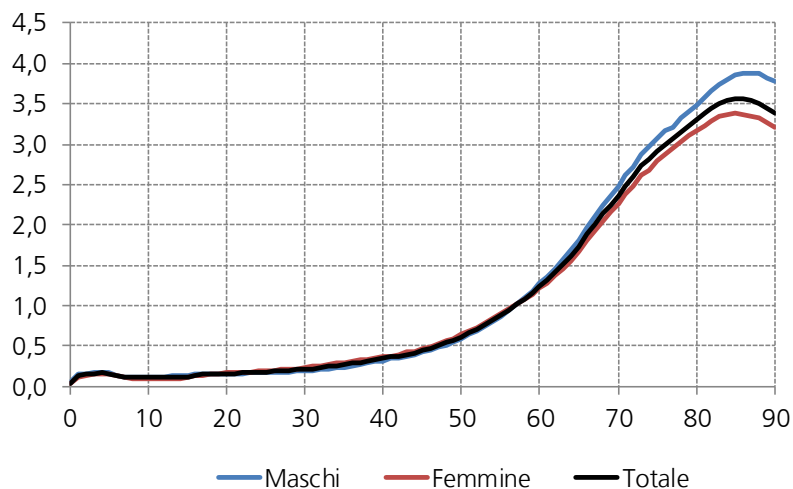


Fig. 3.6: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2018

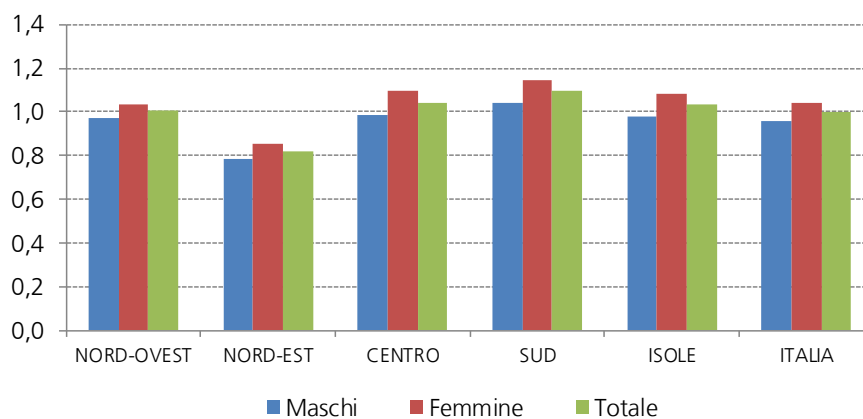


Fig. 3.7: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2018

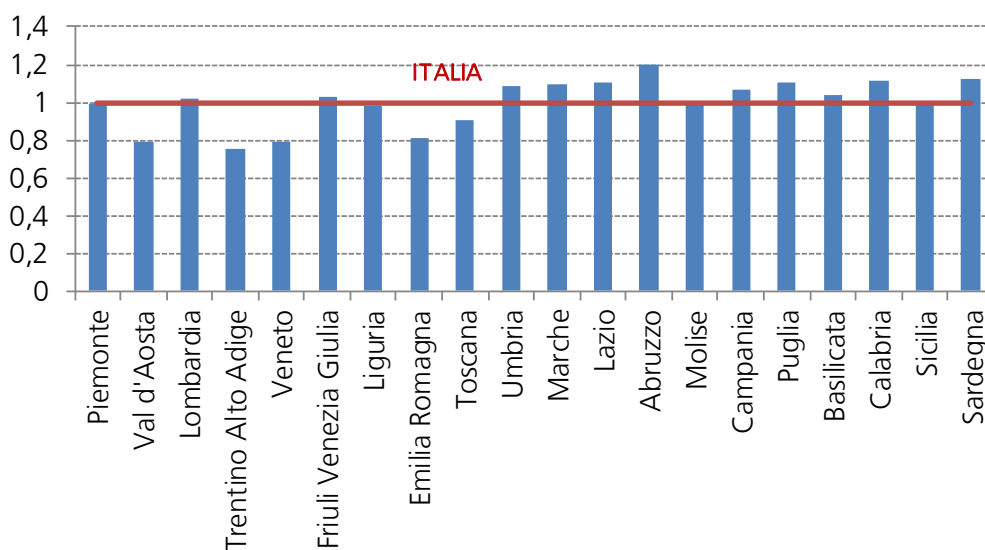


Fig. 3.8: spesa farmaceutica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2018

Fig. 3.8.a: Nord-Ovest

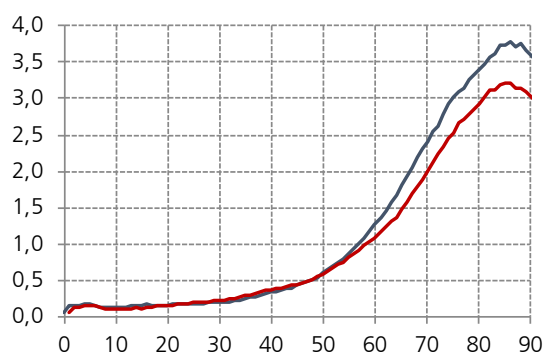


Fig. 3.8.d: Sud

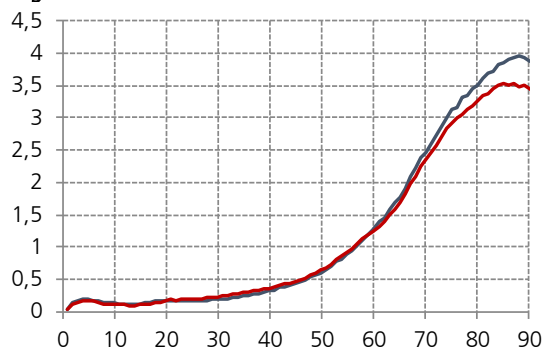


Fig. 3.8.b: Nord-Est

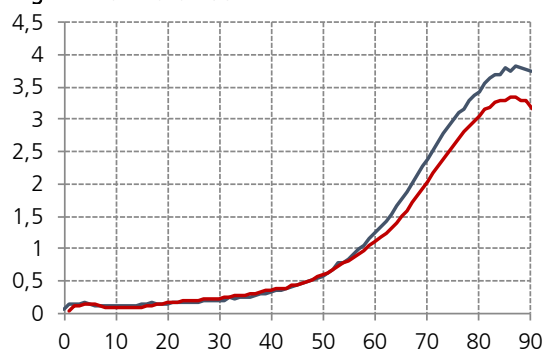


Fig. 3.8.e: Isole

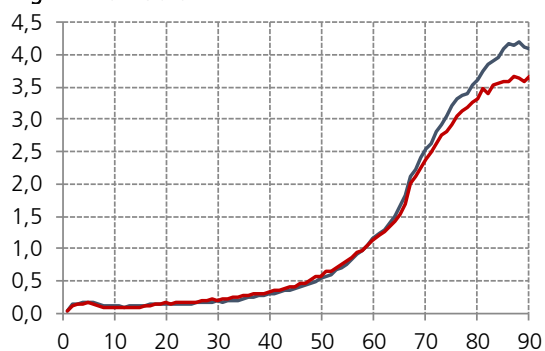


Fig. 3.8.c: Centro

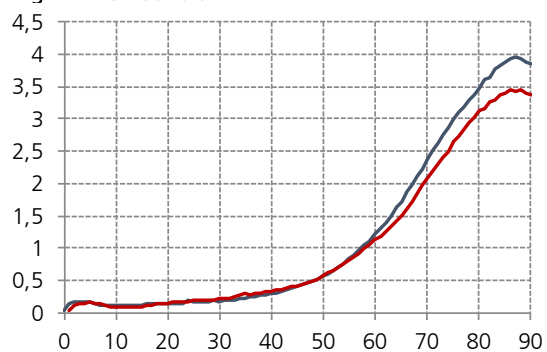
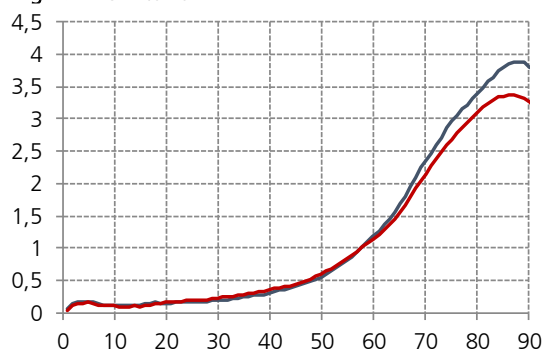


Fig. 3.8.e: Italia



— Maschi — Femmine

3.3.3 - Spesa per l'assistenza specialistica

Per favorire l'analisi dei differenziali di spesa per età, sesso ed area geografica, come per la farmaceutica, i corrispondenti valori di spesa pro capite sono stati parametrati al valore medio complessivo ottenuto come rapporto fra la spesa totale e la popolazione residente. Per il 2018, tale valore si è attestato attorno a 160 euro.

Il profilo per età della spesa pro capite per prestazioni specialistiche presenta un andamento sostanzialmente stabile nelle età pediatriche (Fig. 3.9). Fra i 20 ed i 45 anni, il profilo cresce per entrambi i sessi anche se, come evidente, l'andamento è più accentuato per le donne. A partire dai 55-60 anni, il profilo mostra una forte accelerazione per poi iniziare a decrescere, nelle età più anziane, oltre gli 80 anni circa, con modalità analoghe a quanto riscontrato per la spesa farmaceutica convenzionata, seppure con un leggero anticipo e in misura più accentuata. Tale decrescita riporta i valori pro capite degli ultranovantenni sui livelli medi della popolazione in età lavorativa.

La decrescita del profilo del consumo sanitario nelle età più anziane, già segnalata per la spesa farmaceutica, lascia intuire l'esistenza di ragioni comuni già evidenziate nel paragrafo precedente.

Malgrado il profilo della spesa specialistica mostri un andamento meno regolare di quello prospettato per l'assistenza farmaceutica, elementi di similarità sono rinvenibili nelle differenze di genere che mostrano una prevalenza della spesa pro capite delle donne nelle età fertili ed una inferiorità nelle età più elevate. Sul piano quantitativo, i differenziali corrispondono a scostamenti più accentuati sia nel primo che nel secondo caso.

L'analisi territoriale offre indicazioni quasi antitetiche a quelle evidenziate per la spesa farmaceutica. Infatti, nelle regioni del Nord il ricorso alle prestazioni specialistiche risulta significativamente superiore al dato medio nazionale con uno scostamento percentuale di circa il 28% nel Nord-Ovest e del 13% nel Nord-Est. Diversamente, si collocano significativamente al di sotto della media nazionale le regioni del Sud e, in misura più contenuta, del Centro e delle Isole, con percentuali pari, rispettivamente, al 22%, 15% e al 17% (Fig. 3.10).

Come per la spesa farmaceutica convenzionata, l'analisi territoriale evidenzia una dicotomia per area geografica in termini di livello medio di spesa pro capite (Fig. 3.11). Infatti, le regioni del Centro-Nord si posizionano quasi tutte sul livello medio nazionale o ad un livello superiore, ad eccezione del Trentino Alto Adige e Liguria. Al contrario, le regioni del Centro-Sud, si collocano quasi tutte, ad eccezione del Molise e della Basilicata, ad un livello inferiore.

I profili per età di spesa pro capite a livello di area geografica confermano qualitativamente gli andamenti descritti in relazione al livello nazionale, pur mostrando una maggiore erraticità, inversamente correlata alla numerosità della popolazione residente (Fig. 3.12).

Fig. 3.9: spesa specialistica netta in convenzione. Valore pro capite standardizzato per età e sesso - Anno 2018

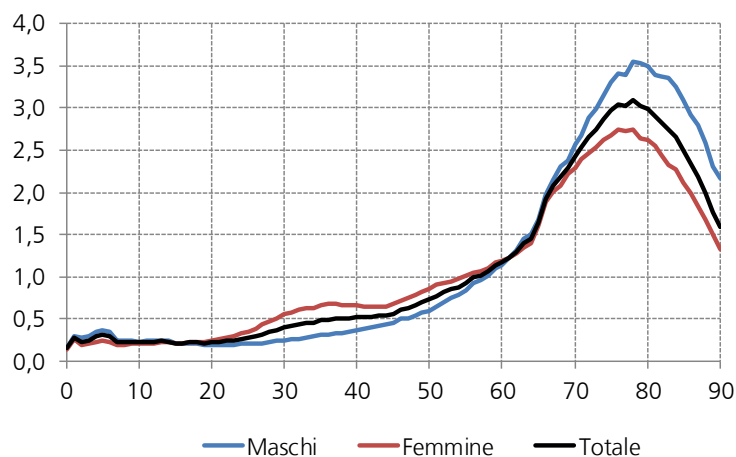


Fig. 3.10: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per sesso ed area geografica - Anno 2018

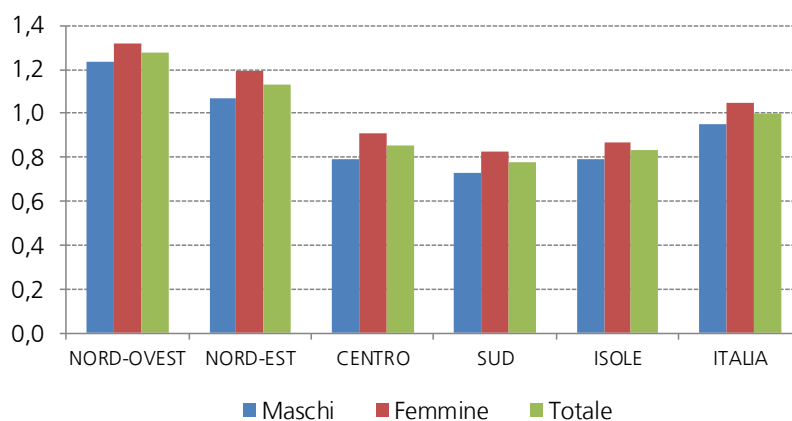


Fig. 3.11: spesa specialistica netta convenzionata. Valore pro capite standardizzato per regione - Anno 2018

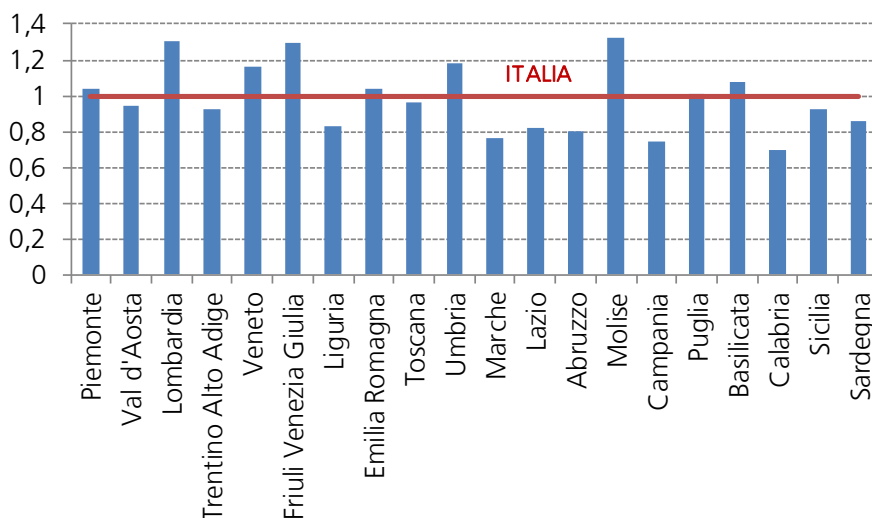


Fig. 3.12: spesa specialistica per macro area geografica. Valore pro capite standardizzato per età, sesso ed area geografica - Anno 2018

Fig. 3.12.a: Nord-Ovest

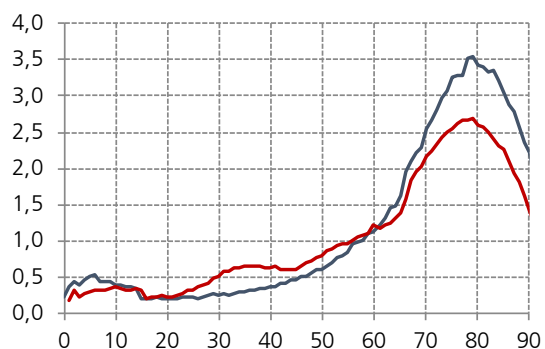


Fig. 3.12.d: Sud

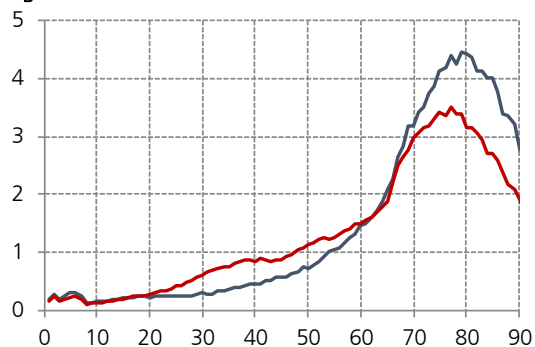


Fig. 3.12.b: Nord-Est

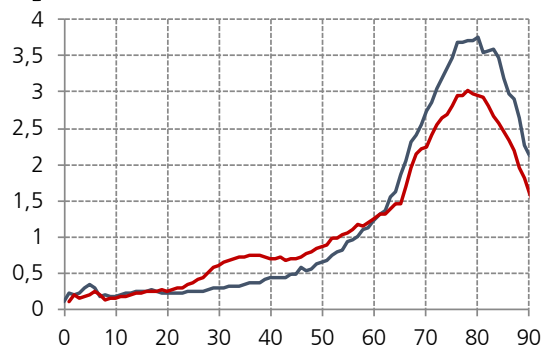


Fig. 3.12.e: Isole

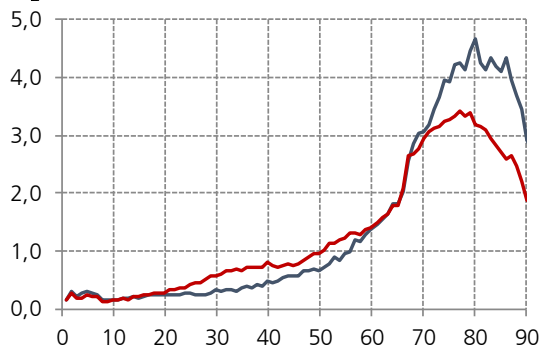


Fig. 3.12.c: Centro

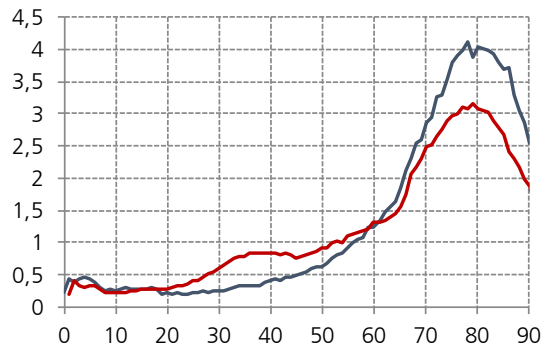
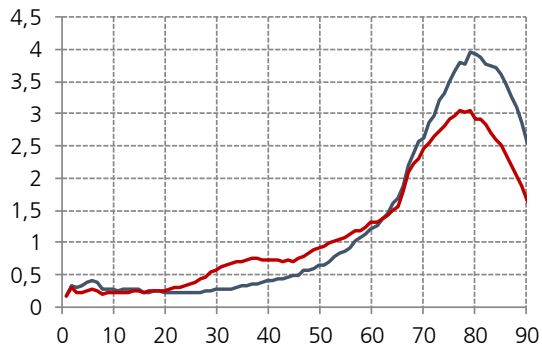


Fig. 3.12.e: Italia



— Maschi — Femmine

Sezione II - Nota tecnico-illustrativa

CAPITOLO 4 - Spesa sanitaria corrente – quadro normativo

4.1 - Premessa

Il vigente ordinamento del Servizio sanitario nazionale (SSN) prevede due livelli di governo: lo Stato, che definisce i Livelli essenziali di assistenza (LEA) e garantisce, compatibilmente con i vincoli di finanza pubblica, le risorse necessarie al loro finanziamento, in condizioni di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni; le regioni, che organizzano i propri Servizi sanitari regionali (SSR) e garantiscono l'erogazione delle prestazioni ricomprese nei LEA.

Nell'ambito del suddetto assetto istituzionale, l'aspetto che merita particolare attenzione è la capacità del sistema nel suo complesso di incentivare le regioni - a cui compete la programmazione, l'organizzazione e la gestione dei servizi sanitari sul territorio - ad assumere comportamenti "virtuosi", volti a perseguire recuperi di efficienza ed efficacia nell'erogazione dei LEA. Tale processo consente, per un verso, un miglioramento strutturale degli equilibri di bilancio, particolarmente importante per le regioni in disavanzo e, per l'altro, di massimizzare il soddisfacimento dei bisogni sanitari dei cittadini compatibilmente con le risorse preordinate per la funzione sanitaria.

La strumentazione a tal fine implementata ha riguardato, in modo preminente, le Intese Stato-Regioni in materia sanitaria, il sistema di monitoraggio delle *performance* regionali e dei conti sanitari nazionali, i Piani di rientro regionali e degli Enti del SSN, il Sistema Tessera Sanitaria (Sistema TS) nonché le disposizioni concernenti la razionalizzazione degli acquisti di beni e servizi. Tali aspetti verranno approfonditi nei successivi paragrafi. Infine, saranno sviluppate alcune considerazioni in merito agli effetti finanziari dell'invecchiamento demografico.

4.2 - Intese Stato-Regioni in materia sanitaria

A partire dall'anno 2000, la sede di definizione del sistema di *governance* nel settore sanitario è stata individuata nelle Intese Stato-Regioni (art. 8, co. 6, della L 131/2003 in attuazione dell'art. 120 della Cost.). In tali Intese, ordinariamente triennali, lo Stato e le Regioni convengono sul livello di finanziamento del SSN per il periodo di vigenza dell'Intesa, al fine di garantire alle regioni le risorse finanziarie necessarie alla programmazione di medio periodo. Con le Intese si definiscono anche le regole del governo del settore e le modalità di verifica degli adempimenti a carico delle regioni.

Tali Intese sono recepite con apposita disposizione normativa. L'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 è stato recepito dal DL 347/2001 e dalla legge finanziaria per l'anno 2002 (L 448/2001); l'Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005 è stata sottoscritta in attuazione della legge finanziaria per l'anno 2005 (L 311/2004); il Patto per la salute relativo al triennio 2007-2009 è stato recepito nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006) mentre il Patto per la salute per il triennio 2010-2012 è stato recepito nella legge di stabilità per l'anno 2010 (L 191/2009).

Per il triennio 2013-2015, stante la necessità di assicurare con urgenza una manovra di finanza pubblica, il Governo ha introdotto talune disposizioni nel settore, con effetto dal 2013, prima della sottoscrizione del nuovo Patto (art. 17 del DL 98/2011), prevedendo, comunque, la possibilità di rimodulare dette misure, a seguito di Accordo Stato-Regioni che avrebbe dovuto essere stipulato entro il 30 aprile 2012. Tale Accordo, tuttavia, non è stato raggiunto e, pertanto, le predette disposizioni sono state applicate con le modalità individuate dalla citata norma.

Il confronto, ripreso nel febbraio 2014, ha portato alla sottoscrizione del Patto per la salute per il triennio 2014-2016, avvenuta il 10 luglio 2014. Il Patto è stato poi recepito nella legge di stabilità per l'anno 2015 (L 190/2014).

Con riferimento agli anni successivi al 2016, pur in assenza di nuovo Patto per la salute, risulta comunque definito, il livello di finanziamento del SSN per il triennio 2017-2019. Infatti, la legge bilancio per l'anno 2017 (L 232/2016) ha fissato tale livello al valore rispettivamente di 113, 114 e 115 miliardi di euro.

Tuttavia, tali valori sono stati successivamente rideterminati dal decreto interministeriale (MEF-Salute) del 5 giugno 2017, che, in assenza di specifici accordi tra il Governo e le Regioni a statuto speciale e le Province autonome di Trento e Bolzano diretti ad assicurare la quota di manovra a loro carico, ha disposto un ulteriore contributo a carico delle Regioni a statuto ordinario, come previsto dall'Intesa Stato-Regioni dell'11 febbraio 2016 e dall'art. 1, co. 394, della L 232/2016. La legge di Bilancio per l'anno 2018 non ha portato variazioni sulla cornice finanziaria del SSN.

Da ultimo, la legge di Bilancio per l'anno 2019 (L 145/2018) ha confermato il livello del finanziamento per l'anno 2019, in 114.474 milioni di euro e ha disposto un incremento di 2.000 milioni di euro per l'anno 2020 e di ulteriori 1.500 milioni di euro per l'anno 2021. Il riconoscimento dei suddetti incrementi è comunque subordinato alla sottoscrizione di un Patto per la salute per il triennio 2019-2021 che contempli misure di programmazione e di miglioramento della qualità delle cure e dei servizi erogati e di efficientamento dei costi.

Ciò rappresentato con riferimento al livello del finanziamento del settore sanitario, si rileva altresì che l'Accordo dell'8 agosto 2001 ha introdotto il cosiddetto "*sistema premiale*" in sanità, che consiste nel subordinare l'erogazione a ciascuna regione di una parte del finanziamento del SSN, detta "*quota premiale*", il cui ammontare è fissato per legge, al rispetto di alcuni adempimenti verificati annualmente, primo fra tutti l'adempimento concernente l'equilibrio di bilancio del proprio Servizio sanitario (SSR), anche mediante il conferimento di risorse aggiuntive a copertura del disavanzo regionale eventualmente presente. Con tale Accordo viene dato impulso al nuovo sistema di monitoraggio dei conti sanitari basilare per la verifica dell'equilibrio economico dei singoli SSR. Inoltre, a seguito di quanto previsto dall'Accordo dell'8 agosto 2001, con DPCM 29 novembre 2001, sono stati definiti i LEA al fine di rendere noti e condivisi i contenuti delle prestazioni da assicurare da parte di ciascun SSR e le regole di compartecipazione in ordine alle prestazioni socio-sanitarie, nonché evidenziare le prestazioni totalmente escluse dai LEA ovvero quelle incluse per particolari soggetti e in particolari condizioni. In proposito, si rileva che il 12 gennaio 2017 è stato emanato il DPCM concernente l'aggiornamento dei LEA definiti nel 2001 (Box 1.3).

La successiva Intesa Stato-Regioni del 23 marzo 2005, nel confermare i precedenti adempimenti oggetto di verifica annuale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN, ne ha aggiunti ulteriori. Ha inoltre disposto la costituzione dei due Tavoli di monitoraggio attualmente operanti in campo sanitario nell'ambito del sistema

premia. Sono il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze, coordinato da un rappresentante del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS), e il Comitato permanente per l'erogazione dei LEA, istituito presso il Ministero della salute. Entrambi i Tavoli di monitoraggio vedono la partecipazione dei due livelli di governo del settore sanitario, lo Stato e le Regioni, oltre che la partecipazione ed il supporto delle agenzie sanitarie: l'Agenzia nazionale per i servizi sanitari regionali (AGENAS) e l'Agenzia italiana del farmaco (AIFA).

L'attuazione, nel periodo 2001-2005, del sistema premiale in sanità ha evidenziato la presenza di due gruppi di regioni:

- il primo gruppo, denominato delle "regioni virtuose", con bilanci sanitari in equilibrio o con disavanzi contenuti nella ordinaria capacità di ripiano regionale, che ha pertanto garantito negli anni, insieme agli altri adempimenti previsti, il superamento della verifica premiale annuale;
- il secondo gruppo, denominato delle "regioni con elevati disavanzi", con bilanci sanitari in significativo disavanzo, tale da non poter essere coperto con le ordinarie misure a carico dei bilanci regionali. Unitamente a tale insostenibile squilibrio di bilancio, queste regioni hanno evidenziato importanti carenze nell'erogazione dei LEA caratterizzate da un'offerta ospedaliera eccedentaria rispetto ai parametri fissati dalla programmazione nazionale, evidenziando alti tassi di ospedalizzazione ed indicatori di inappropriata ospedaliera particolarmente accentuati. Parallelamente, tali regioni hanno evidenziato un livello di spesa farmaceutica molto alto e ben al di sopra dei parametri fissati dalla legislazione vigente. Entrambe le componenti, ospedaliera e farmaceutica, hanno sottratto risorse all'erogazione dei restanti Livelli di assistenza e determinato forti squilibri finanziari. Per tali regioni non vi è stato il superamento della verifica premiale annuale con conseguente preclusione all'accesso alle relative quote premiali.

Nonostante l'operatività del sistema premiale, in tutte le regioni si manifestava l'aspettativa di un finanziamento aggiuntivo *ex-post* da parte dello Stato, a titolo di ripiano del disavanzo. Infatti, soprattutto con riferimento agli oneri derivanti dai rinnovi contrattuali, non accantonati nei bilanci sanitari sui rispettivi anni di competenza, le regioni chiedevano il riconoscimento di somme aggiuntive a titolo di ripiano statale nell'anno di sottoscrizione dei contratti, in relazione agli oneri sia correnti che per arretrati, che determinavano importanti disavanzi di gestione.

Con i Patti per la Salute 2007-2009 (Intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006) e 2010-2012 (Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) è stata progressivamente implementata una strumentazione normativa che ha determinato un fondamentale salto di paradigma, incentrato sul passaggio dal sistema fondato sulla cosiddetta "aspettativa regionale del ripiano dei disavanzi" da parte dello Stato, al sistema basato sul "principio della forte responsabilizzazione" sia delle regioni "virtuose", sia delle regioni con elevati disavanzi. Per queste ultime, in particolare, sono stati previsti specifici percorsi di risanamento condivisi (i cosiddetti "Piani di rientro"), confermati e rinforzati anche dai successivi interventi normativi.

I Piani di rientro costituiscono uno strumento fondamentale del sistema di *governance* del SSN diretto alla risoluzione delle problematiche inerenti l'efficienza e l'efficacia nell'utilizzo delle risorse messe a disposizione in relazione alla manifestazione, in talune regioni, di elevati ed insostenibili disavanzi strutturali e la presenza di gravi carenze

nell'erogazione appropriata dei LEA. In considerazione della complessità della tematica trattata si rinvia al successivo Capitolo di questa sezione ad essa interamente dedicato.

Con riferimento alla complessa architettura di *governance* definita dalle Intese Stato-Regioni in materia sanitaria sopra citate, in via sintetica si evidenziano, inoltre:

- dal 2005 (DL 203/2005 - art 9, c. 1), l'obbligo, nell'ambito della verifica del sistema premiale, di iscrizione in bilancio degli accantonamenti per i rinnovi contrattuali per il personale dipendente e convenzionato del SSN, finalizzato a costruire bilanci aziendali e del SSR interessato, che ricomprendano tutti gli oneri di competenza del singolo anno, ancorché non siano stati perfezionati gli atti per la corresponsione finanziari dei relativi oneri;
- dal 2005, la procedura di verifica annuale prevista dall'articolo 1, comma 174, della legge 311/2004 recante il meccanismo dell'incremento automatico delle aliquote fiscali in caso di mancata copertura dell'eventuale disavanzo. Ciò in coerenza con il principio della responsabilizzazione regionale del rispetto degli equilibri di bilancio. Successivamente tale misura è stata ulteriormente potenziata con la sanzione del blocco automatico del turn over del personale del SSR e con il divieto, per il bilancio regionale, di effettuare spese non obbligatorie fino alla fine dell'anno successivo a quello di verifica;
- il rafforzamento degli strumenti di responsabilizzazione regionale nell'uso appropriato delle risorse sanitarie;
- l'introduzione di strumenti di controllo delle principali voci di spesa, quali il meccanismo del *pay-back* farmaceutico (Box 1.4), il tetto di spesa sui dispositivi medici, il vincolo di crescita sul personale e il vincolo relativo all'acquisto di prestazioni di assistenza specialistica e di assistenza ospedaliera;
- la definizione di indicatori *standard* di efficienza e di appropriatezza e l'avvio di un puntuale sistema di monitoraggio dei fattori di spesa.

La *governance* implementata in materia sanitaria, attraverso la strumentazione sopra elencata, ha consentito di conseguire negli ultimi anni un significativo rallentamento della dinamica della spesa (cfr. Fig. 1.1 del par. 1.2.1 della I sezione). Infatti, come già evidenziato nel capitolo I della prima sezione, il tasso di crescita medio annuo è passato dal 6,4% nel quadriennio 2003-2006, all'1,8% del quinquennio successivo. Inoltre, si evidenzia che in ciascuno degli anni 2011-2013 si è registrato un decremento del livello assoluto di spesa rispetto all'anno precedente, mentre negli anni dal 2014 al 2018 si è manifestato un incremento contenuto.

Si rappresenta inoltre che, a partire dall'anno 2013, nella definizione dei fabbisogni sanitari è stata applicata la metodologia dei *costi standard*, in attuazione del DLgs 68/2011 in materia di federalismo fiscale. Si tratta di una impostazione metodologica che, nel confermare l'attuale programmazione finanziaria e il relativo contenimento della dinamica di spesa, migliora l'assetto istituzionale sia in fase di riparto delle risorse sia in relazione all'analisi delle situazioni di inefficienza o inadeguatezza (anche attraverso il raffronto tra le varie regioni), fornendo un ulteriore elemento di valutazione della programmazione in atto.

Sempre in materia di attuazione del federalismo fiscale, il DLgs 118/2011, concernente l'armonizzazione dei bilanci, costituisce dall'anno contabile 2012 un ulteriore progresso per i procedimenti contabili nel settore sanitario con particolare riferimento a quanto disposto dal Titolo II. Con tale decreto legislativo sono state introdotte le

disposizioni dirette a garantire un'agevole individuazione dell'area del finanziamento sanitario, attraverso la possibilità di istituire da parte delle regioni la Gestione Sanitaria Accentrata (GSA); la perimetrazione, nell'ambito del bilancio regionale, delle entrate e delle uscite relative alla sanità; la trasparenza dei flussi di cassa relativi al finanziamento sanitario attraverso l'accensione di specifici conti di tesoreria intestati alla sanità. Unitamente a ciò, il predetto decreto legislativo ha provveduto a disciplinare ulteriori aspetti, relativi alla definizione di regole contabili specifiche del settore sanitario con riferimento a particolari fattispecie, quali ad esempio il trattamento contabile degli investimenti ivi ricomprendendo quello degli investimenti sostenuti a carico del finanziamento corrente, che rappresentano principi contabili specifici del settore sanitario in deroga al Codice Civile. Nell'ultimo capitolo della presente sezione si da conto nel dettaglio delle previsioni normative contenute nel richiamato DLgs 118/2011.

In estrema sintesi, la costruzione di *benchmark* di spesa e di qualità, l'omogeneizzazione dei documenti contabili, la previsione di sanzioni in caso di *deficit*, hanno delineato progressivamente un sistema fondato sul principio della piena responsabilizzazione delle regioni. La complessiva architettura sopra rappresentata è stata rafforzata a partire dall'anno 2001 attraverso il potenziamento del sistema di monitoraggio trimestrale dei fattori di spesa, svolto a livello centrale sulla base di una rendicontazione contabile articolata a livello di singola Azienda sanitaria e poi di regione. Il potenziamento degli strumenti di analisi e di controllo della spesa sanitaria si è conseguentemente tradotto anche nel potenziamento di strumenti di previsione sempre più efficaci e congrui ai fini della programmazione finanziaria, tant'è che, con riferimento ai documenti di finanza pubblica, quanto meno dell'ultimo quinquennio, i livelli di spesa effettivamente registrati a consuntivo sono risultati costantemente contenuti nell'ambito di quanto programmato.

4.3 - Monitoraggio dei conti del sistema sanitario nazionale

4.3.1 - Modelli di rilevazione dei dati e sistema di monitoraggio

L'attività di monitoraggio dei conti della sanità, come sopra rappresentato, ha ricevuto notevole impulso a partire dall'anno 2001 con l'Accordo Stato-Regioni dell'8 agosto 2001 e in considerazione dei nuovi assetti istituzionali delineati a partire da tale anno dalla riforma del Titolo V della Costituzione. Sulla base di quanto disposto dall'art. 117 della Costituzione, infatti, la tutela della salute è materia concorrente tra Stato e Regioni, secondo le rispettive competenze precedentemente rappresentate.

Allo Stato compete inoltre il monitoraggio della effettiva erogazione dei LEA, in condizioni di efficienza ed appropriatezza su tutto il territorio nazionale.

Il monitoraggio dei conti del SSN costituisce la base per la verifica del rispetto della garanzia dell'equilibrio annuale del bilancio sanitario da parte delle regioni; verifica fondamentale per assicurare il rispetto degli obblighi sottoscritti in sede europea dal nostro Paese. Tale verifica, come precedentemente riportato, costituisce elemento fondamentale nell'ambito del "sistema premiale" in sanità.

Dall'anno 2001, tale attività si è progressivamente ampliata e potenziata, grazie al miglioramento degli strumenti di analisi e di verifica, al potenziamento delle basi dati e ad una più efficiente, tempestiva, completa e trasparente rendicontazione contabile.

Il nucleo principale dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria è la rilevazione dei dati di conto economico effettuata attraverso lo specifico modello di rilevazione CE che, a partire dal 2001, ciascun ente del Servizio sanitario regionale (SSR) e ciascuna regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infra regionali) trasmette al Nuovo sistema informativo sanitario (NSIS). Le predette informazioni contabili sono trasmesse da ogni ente del SSR e dalla regione a preventivo, trimestralmente e a consuntivo di ogni anno. Il dato regionale è denominato "Riepilogativo regionale" ed è contraddistinto dal codice '999'.

Modelli di rilevazione

Conto Economico (CE): rilevazione trimestrale e annuale, di preventivo e consuntivo

Stato Patrimoniale (SP): rilevazione a consuntivo

Costi dei Livelli di assistenza (LA): rilevazione a consuntivo

Costi presidi a gestione diretta (CP): rilevazione a consuntivo

Nota:

Dal 2003, vengono rilevati, attraverso i modelli CE e SP, anche i dati relativi agli IRCCS pubblici nonché, dal 2005, quelli relativi agli ex-policlinici pubblici.

Dal 2004, il modello LA è stato oggetto di revisione.

Dal 2008, i modelli CE e SP sono stati oggetto di revisione; dal 2012, gli stessi modelli sono stati oggetto di ulteriori modifiche in relazione alle necessità applicative del DLgs 118/2011. Attualmente i citati modelli di rilevazione sono interessati da un periodico aggiornamento la cui decorrenza inizia dall'anno 2019.

In via ulteriore l'attività di monitoraggio, soprattutto a partire dall'entrata in vigore del Titolo II del DLgs 118/2011 nel 2012, si è arricchita del monitoraggio dei conti patrimoniali effettuato attraverso la rilevazione dello stato patrimoniale a consuntivo mediante il modello SP inviato da ogni ente del SSR e da ogni regione (dopo il relativo consolidamento delle transazioni infraregionali) al NSIS.

Sono altresì previste rilevazioni a consuntivo relative ai costi dei livelli di assistenza mediante l'invio del modello di rilevazione LA. Tale rilevazione si sostanzia nella declinazione dei costi dei livelli di assistenza presenti nel modello CE opportunamente riclassificati per destinazione assistenziale. Le informazioni raccolte con il modello LA consentono di valutare la destinazione funzionale dei costi del SSN e sono alla base della costruzione degli indicatori di costo sui LEA riportati in allegato all'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009 ed utilizzati per i costi *standard* in attuazione del DLgs 68/2011.

Un'ulteriore rilevazione acquisita in occasione del consuntivo è relativa ai costi dei presidi a gestione diretta delle ASL, mediante il modello CP. Tale rilevazione permette, attraverso uno schema semplificato, di relazionare sui costi di produzione dei singoli presidi a gestione diretta delle ASL, i cui costi confluiscono nel conto economico dell'azienda di appartenenza.

I modelli di rilevazione, introdotti nel 2001, corredati delle relative linee guida alla compilazione, sono stati oggetto di successivi aggiornamenti, con un ampliamento

dell'universo di riferimento e del livello di dettaglio delle voci contabili oggetto di rilevazione⁴⁹, in particolare con riferimento ai modelli CE e SP. L'ultimo aggiornamento è stato effettuato nell'anno 2019 (Decreto interministeriale del 24 maggio 2019).

Sulla base dei dati di CE conferiti al NSIS viene operato il monitoraggio dei conti sanitari regionali con cadenza trimestrale e a consuntivo, sia per le regioni a statuto ordinario sia per la Sicilia. Tale attività viene svolta dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per le regioni non sottoposte a Piano di rientro mentre, per quelle sottoposte al Piano di rientro, il monitoraggio è svolto congiuntamente dal citato Tavolo in seduta congiunta con il Comitato LEA.

A partire dal 2012 l'attività di monitoraggio è stata integrata con la verifica della corretta applicazione di quanto disposto dal Titolo II del DLgs 118/2011, come modificato dal DL 126/2014, anche con riferimento ai principi specifici del settore sanitario contenuti nell'art. 29 del citato decreto legislativo. Con l'operatività del DLgs 118/2011 sulle autonomie speciali, il Tavolo di verifica degli adempimenti ha iniziato nel 2016 un lavoro di monitoraggio dei conti e dell'applicazione del DLgs 118/2011 anche per le predette autonomie speciali.

Durante le riunioni di monitoraggio, viene effettuata l'istruttoria di seguito illustrata in relazione ai ricavi e ai costi di competenza desunti dalle contabilizzazioni effettuate sul modello CE "Riepilogativo regionale".

1. Sul versante dei ricavi di competenza:

- le contabilizzazioni relative ai ricavi da finanziamento indistinto e vincolato vengono confrontate con le informazioni derivanti dai provvedimenti nazionali di riparto. In merito, vengono richieste integrazioni, rettifiche o riclassificazioni in caso di dati difformi da quelli discendenti dai provvedimenti di riparto delle risorse per il finanziamento del SSN. In particolare, in occasione dell'esame dei conti relativi al IV trimestre e al consuntivo, viene richiesta alla regione la trasmissione di una tabella di raccordo tra le iscrizioni operate sul modello CE e il riparto nazionale nonché la trasmissione dei provvedimenti relativi alle conseguenti iscrizioni sul bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a favore del SSR a valere sulle risorse preordinate in sede di riparto nazionale;
- le contabilizzazioni relative alle eventuali ulteriori risorse conferite dal bilancio regionale dell'anno di riferimento operate a titolo di finanziamento aggiuntivo per l'erogazione dei LEA nonché quelle relative al finanziamento aggiuntivo regionale per l'erogazione di prestazioni extra-LEA. In occasione sia della verifica del IV trimestre che del consuntivo, vengono richieste alle regioni informazioni sulle contabilizzazioni operate mediante la produzione degli schemi di sintesi della relativa composizione, dei provvedimenti regionali che prevedono il finanziamento aggiuntivo nell'anno di riferimento e l'attestazione della relativa disponibilità sul bilancio regionale mediante la produzione del relativo capitolo di spesa di bilancio per verificare la disponibilità di competenza delle risorse stesse;

⁴⁹ Nel 2001, gli enti regionali sottoposti a monitoraggio erano le aziende sanitarie e le aziende ospedaliere a cui si sono aggiunti, a partire dal 2003, gli Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e, a partire dal 2005, i policlinici a gestione diretta di università statali e le Aziende ospedaliere universitarie. Pertanto, prima di tali anni, una parte dei costi pubblici del SSN, i costi degli IRCCS e dei Policlinici (e le AOU), figuravano nei conti di ciascuna regione mediante la valorizzazione dell'acquisto di prestazioni sanitarie da enti pubblici. A partire dal 2005, quindi, l'universo di riferimento include tutti gli enti sanitari appartenenti al singolo SSR.

- le contabilizzazioni relative alla mobilità sanitaria attiva e passiva extraregionale e internazionale con riferimento a quanto puntualmente prescritto dal DLgs 118/2011 (art. 20 e art. 29, lett. h);
 - in merito alle entrate da *pay-back* farmaceutico viene richiesta la produzione della documentazione attestante la relativa iscrizione in entrata sul bilancio regionale, il relativo impegno e l'eventuale provvedimento di trasferimento delle risorse agli enti del SSR;
 - con riferimento alle contabilizzazioni inerenti la procedura di sterilizzazione degli ammortamenti, viene monitorato il rispetto di quanto disposto dal DLgs 118/2011 ed effettuata la verifica delle iscrizioni contabili relative agli investimenti finanziati da contributi in conto esercizio, sempre nei termini previsti dal DLgs 118/2011;
2. sul versante dei costi di competenza (personale, beni e servizi, farmaceutica, medici convenzionati con il SSN, acquisto di prestazioni da privato accreditato):
- per le regioni non sottoposte a Piano di rientro, viene analizzata la performance del Servizio sanitario regionale attraverso l'esame di una tabella che riporta, per aggregati di costo, i valori desunti dai conti economici riepilogativi regionali e la relativa variazione percentuale rispetto al periodo corrispondente dell'anno precedente. Viene, inoltre, effettuato il confronto tra gli andamenti dei costi di ogni regione e la dinamica riscontrata a livello nazionale;
 - per le regioni sottoposte a Piano di rientro, viene esaminato l'andamento dei conti trimestrali anche a partire dall'analisi prodotta dall'*advisor* contabile⁵⁰ contenente, oltre al raffronto con il corrispondente periodo dell'anno precedente, anche informazioni relative al confronto fra gli importi contabilizzati per le singole voci e il valore programmato nel Piano di rientro. In aggiunta a ciò, l'analisi elaborata dall'*advisor* contabile presenta alcuni approfondimenti sulle principali voci di costo;
 - sugli accantonamenti d'esercizio vengono effettuate le seguenti verifiche:
 - viene valutato, ai fini di quanto disposto dal sistema premiale, l'ammontare degli accantonamenti per rinnovi di contratti e convenzioni, che devono essere sempre effettuati (qualora non siano ancora perfezionati i relativi atti) e parametrati ai valori contenuti negli accordi nazionali (Contratti collettivi nazionali di lavoro – CCNL, per il personale dipendente e Accordi collettivi nazionali - ACN per il personale convenzionato) o nei relativi Atti di indirizzo assentiti dal Governo⁵¹;

⁵⁰ Nelle regioni in piano di rientro è previsto che vi sia un *advisor* contabile a supporto della regione. L'attività dell'*advisor* contabile si sostanzia principalmente in un supporto contabile qualificato nell'attuazione del piano di rientro e nella presenza di un soggetto terzo che riferisce in maniera indipendente durante l'attuazione del piano di rientro in merito all'andamento dei conti.

⁵¹ Tale verifica, come precedentemente rappresentato, prevista per legge dal 2005 (DL 203/2005, art. 9, c. 1) nell'ambito del sistema premiale, è finalizzata a verificare che i costi di competenza siano comprensivi dei costi per rinnovi contrattuali. Storicamente, fino all'anno 2004, la mancata inclusione nei bilanci sanitari dei costi dei rinnovi contrattuali ha rappresentato una grave criticità con la conseguente necessità di iscrizione di ingenti sopravvenienze passive relative al personale e alle convenzioni al momento del perfezionamento dei relativi contratti e convenzioni con la conseguente emersione di ingiustificati disavanzi, legati alla mancata completa rilevazione dei costi di competenza economica nel relativo anno di riferimento, finanziati a valere sulle risorse preordinate per l'anno stesso.

- viene valutato l'ammontare degli accantonamenti per rischi sulla base delle informazioni fornite dalla regione. Per le regioni in Piano di rientro la valutazione è integrata con le informazioni contenute nella relazione sui conti redatta dall'*advisor* contabile. Si ricorda inoltre che il DLgs 118/2011 dall'anno 2012 ha disposto che lo stato dei rischi aziendali sia valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo (art. 29, lett. g);
 - viene valutata altresì la composizione degli altri accantonamenti generici al fine di verificare l'inclusione di accantonamenti per partite di finanziamento vincolato che in diverse realtà vengono declinate in attività operative, in molti casi, con molto ritardo rispetto alla programmazione annuale. L'esatta contabilizzazione di tali accantonamenti permette di ricostruire un costo di competenza correlato al livello di finanziamento di competenza stabilito a livello nazionale ed in coerenza con quanto disposto in merito dall'anno 2012 dal DLgs 118/2011 (art. 29, lett. e);
3. sui ricavi e costi straordinari vengono richieste alle regioni specifiche relazioni in occasione della verifica del IV trimestre e del consuntivo in modo da avere elementi di dettaglio sulla relativa composizione, a partire dai dati contabilizzati dagli enti del SSR, e sulle iscrizioni contabilizzate nelle poste straordinarie etichettate con la dizione "altro". Tale analisi è volta anche a valutare, in termini di *trend*, la dimensione del fenomeno relativo alle suddette contabilizzazioni, nel presupposto che le poste straordinarie debbano essere, in una corretta gestione contabile, importi di entità ridotta o eventi eccezionali. Per le sole regioni in Piano di rientro, la relazione prodotta dall'*advisor* contabile contiene ulteriori elementi di analisi su tali poste nonché approfondimenti circa la loro iscrivibilità.

A partire dai dati di conto economico di ciascun trimestre e sulla base delle ulteriori informazioni desunte dalla verifica trimestrale sopra descritta, vengono elaborate delle proiezioni del risultato di esercizio di fine anno. Nel caso si profili un disavanzo, la regione è invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la spesa entro i livelli programmati ovvero, limitatamente alle regioni non in piano di rientro, ad adottare le misure di copertura tali da assicurare al SSR il conferimento di risorse aggiuntive per coprire il disavanzo che si sta prospettando.

4.3.2 - Procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali (art. 1, c. 174 della L 311/2004)

A partire dall'anno 2005 la procedura annuale di verifica dell'equilibrio dei conti sanitari regionali è stata dettata da quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 (legge finanziaria per l'anno 2005).

Annualmente viene valutato il risultato di esercizio di ciascun Servizio Sanitario Regionale a partire dal modello CE "Riepilogativo regionale" relativo al IV trimestre e, in caso di accertamento di un disavanzo, si procede all'analisi della idoneità e congruità delle misure di copertura predisposte dalla regione al fine di ottemperare all'obbligo, definito dalla legislazione vigente, di dare integrale copertura ai disavanzi sanitari regionali.

La procedura prevede annualmente che il risultato di gestione sia oggetto di esame a partire dalle informazioni contabili relative al modello di CE riepilogativo regionale al IV

trimestre. Sono le medesime informazioni contabili che sono utilizzate per la costruzione del Conto consolidato della sanità italiana che fa parte del più complesso Conto consolidato delle Amministrazioni Pubbliche redatto secondo i criteri europei SEC2010 per valutare l'indebitamento annuale del nostro Paese ai fini del monitoraggio dei parametri di Maastricht. Tale esame avviene nei mesi di febbraio-marzo dell'anno successivo a quello di riferimento delle informazioni contabili, in concomitanza con la notifica da parte dell'ISTAT ad EUROSTAT ai fini del rispetto dei parametri di Maastricht.

Quindi, nei mesi di febbraio-marzo, il Tavolo di verifica degli adempimenti, procede a convocare ciascuna regione (congiuntamente con il Comitato LEA per le regioni in piano di rientro) e a valutare il risultato di gestione. A partire dalle informazioni contabili il risultato di gestione può presentare alternativamente un avanzo, un equilibrio oppure un disavanzo.

Nei primi due casi la verifica viene chiusa positivamente, nel terzo caso è necessario valutare le misure di copertura adottate.

Le misure di copertura possono essere state preordinate dalla regione, per esempio mediante il conferimento di un fondo specifico nell'ambito del bilancio regionale, oppure derivare da aliquote fiscali rientranti nell'autonomia regionale che sono state variate appositamente in previsione di un disavanzo di gestione della sanità. Una volta valutata la sussistenza della misura di copertura preordinata dalla regione, è necessario valutare se essa è sufficiente a coprire il disavanzo registrato. Nel caso di capienza, la verifica è chiusa positivamente, mentre nel caso di insufficienza delle risorse, viene chiesta l'attivazione della procedura prevista dal comma 174, di seguito descritta. Tale procedura viene altresì richiesta nel caso in cui la regione non abbia adottato entro la data della riunione alcuna misura di copertura.

In caso di sussistenza di disavanzo la legge prevede che la regione sia diffidata dal Presidente del Consiglio dei Ministri ad adottare entro il 30 aprile⁵² dell'anno successivo a quello di riferimento, la relativa copertura nei termini e nella dimensione valutata necessaria a garantire l'equilibrio.

Qualora la regione non adempia a tale diffida, il Presidente della regione, in qualità di commissario *ad acta*, adotta le misure di copertura nel successivo mese di maggio.

La legge prevede, in ogni caso, che qualora anche il commissario *ad acta* non adempia ovvero le misure da lui adottate non siano sufficienti a garantire l'equilibrio di bilancio, nel territorio della regione le aliquote fiscali di IRAP e Addizionale regionale all'IRPEF siano innalzate sui livelli massimi previsti dalla legislazione vigente con riferimento all'anno d'imposta successivo a quello di riferimento del disavanzo. Prevede anche, a partire dalla verifica per l'anno 2010, che nel territorio della regione entri in vigore il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e che entri in vigore il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine del secondo anno successivo a quello in corso. A partire dal 2015, la L 190/2014 ha limitato la durata della sanzione alla fine dell'anno successivo a quello della verifica.

La procedura seguita per la verifica del risultato di gestione, ai sensi dell'art. 1, c. 174 della L 311/2004, è riassunta nello schema riportato nella figura 4.1.

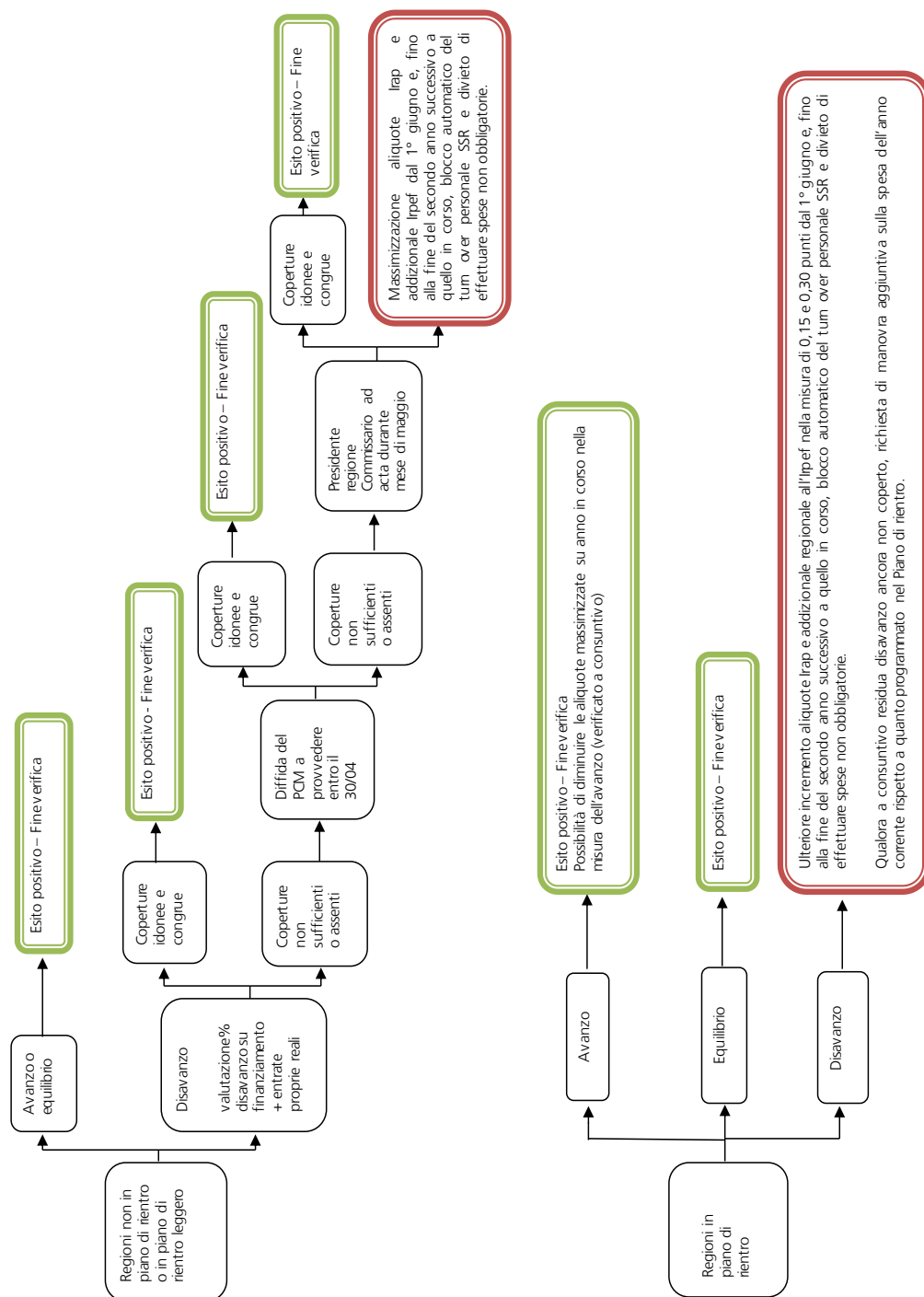
⁵² Per l'anno 2018 il termine del 30 aprile è stato differito al 15 giugno ed il termine del 31 maggio è stato differito al 15 luglio, ai sensi dell'art. 1, c. 407 della L 205/2017.

Il sistema sanzionatorio previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004 ha come scopo quello di garantire l'equilibrio del settore sanitario. Ordinariamente ciascuna regione avrebbe dovuto programmare le proprie attività per l'erogazione dei LEA in equilibrio e in condizioni erogative di efficienza ed appropriatezza. Tuttavia, in ragione della presenza di inefficienza ed inapproprietezze ovvero nella consapevolezza di voler erogare anche livelli aggiuntivi a quelli previsti dalla legislazione vigente, in ossequio anche a quanto previsto dall'art. 119 della Costituzione, la regione deve approntare ogni mezzo per assicurare l'equilibrio della gestione sia a preventivo che in corso d'anno. Ciò in considerazione del fatto che una eventuale spesa eccedente quella programmata, che è coerente con il livello di finanziamento, determina un indebitamento della sanità che si riflette sul sistema Italia. Quindi la previsione di indebitamento deve essere sempre accompagnata dalla previsione di conferimento di risorse aggiuntive al SSR.

Il livello di sanzioni in presenza di disavanzi viene via via crescendo, fino a limitare la sovranità regionale in merito alla scelta della copertura del disavanzo sanitario con la nomina di un commissario governativo.

In caso di inerzia anche da parte del commissario, la sanzione ultima si riflette sui cittadini e sul sistema delle imprese operanti nella regione con il pagamento di maggiori imposte a loro carico. Nel caso di attivazione della sanzione ultima, opera anche il blocco automatico del turn over del personale del SSR e, per il bilancio regionale, il divieto di effettuare spese non obbligatorie, fino alla fine dell'anno successivo a quello della verifica.

Fig. 4.1: attuazione procedura del comma 174 della L 31/2004 sui risultati di gestione al IV trimestre



4.4 - Processo di razionalizzazione dell'acquisto di beni e servizi

L'assetto normativo in materia di controllo e razionalizzazione della spesa sanitaria con riferimento ai beni e servizi e, in particolare, le disposizioni riguardanti la pubblicazione dei prezzi di riferimento in ambito sanitario ha subito, rispetto alle iniziali previsioni contenute nell'art. 17, co. 1, lett. a), del DL 98/2011, considerevoli mutamenti nel corso di poco più di un anno.

Il sopracitato articolo stabilisce che: *"nelle more del perfezionamento delle attività concernenti la determinazione annuale dei costi standardizzati per tipo di servizio e fornitura da parte dell'Osservatorio dei contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture di cui all'art. 7 del DLgs 163/2006, e anche al fine di potenziare le attività delle Centrali regionali per gli acquisti, il citato Osservatorio, a partire dal 1° luglio 2012, attraverso la Banca dati nazionale dei contratti pubblici di cui all'art. 61-bis del DLgs 82/2005, fornisce alle regioni un'elaborazione dei prezzi di riferimento, ivi compresi quelli eventualmente previsti dalle convenzioni Consip, anche ai sensi di quanto disposto all'art. 11, alle condizioni di maggiore efficienza dei beni, ivi compresi i dispositivi medici ed i farmaci per uso ospedaliero, delle prestazioni e dei servizi sanitari e non sanitari individuati dall'Agenzia per i servizi sanitari regionali di cui all'art. 5 del DLgs 266/1993, tra quelli di maggiore impatto in termini di costo a carico del Servizio sanitario nazionale. Ciò, al fine di mettere a disposizione delle regioni ulteriori strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa"*.

In sede di applicazione amministrativa e gestionale della disposizione è stato verificato che la Banca dati nazionale dei contratti pubblici (BDNCP) conteneva informazioni troppo aggregate per consentire un'elaborazione dei prezzi di riferimento dei singoli beni. In tali termini è stato stabilito che in fase di prima applicazione l'Osservatorio provvedesse all'individuazione dei prezzi di riferimento tramite specifici questionari da inviare alle principali aziende sanitarie e centrali regionali per l'acquisto di beni e servizi.

L'individuazione del prezzo di riferimento da parte dell'Osservatorio, a seguito di n'analisi accurata dei prezzi rilevati nell'anno 2012, è stato fissato al livello del quinto, decimo, ventesimo o venticinquesimo percentile, in relazione alla numerosità dei prezzi rilevati per ogni bene o servizio.

Con il DL 95/2012, e quindi successivamente alla pubblicazione dei prezzi da parte dell'Osservatorio (avvenuta il 1° luglio 2012), il legislatore ha apportato alcune modifiche e integrazioni all'art. 17, co. 1 lett. a) del DL 98/2011 in base alle quali la funzione dei prezzi di riferimento è risultata del tutto innovata. Secondo le nuove previsioni, infatti, i prezzi di riferimento non sono più semplicemente strumenti operativi di controllo e razionalizzazione della spesa, ma anche parametri di riferimento per la rinegoziazione dei contratti in essere.

Più in dettaglio, viene previsto che: *"qualora sulla base dell'attività di rilevazione di cui al presente comma, nonché sulla base delle analisi effettuate dalle Centrali regionali per gli acquisti anche grazie a strumenti di rilevazione dei prezzi unitari corrisposti dalle Aziende sanitarie per gli acquisti di beni e servizi, emergano differenze significative dei prezzi unitari, le Aziende sanitarie sono tenute a proporre ai fornitori una rinegoziazione dei contratti che abbia l'effetto di ricondurre i prezzi unitari di fornitura ai prezzi di riferimento come sopra individuati, e senza che ciò comporti modifica della durata del contratto. In caso di mancato accordo, entro il termine di 30 giorni dalla trasmissione della proposta, in ordine ai prezzi come sopra proposti, le Aziende sanitarie hanno il diritto di recedere dal contratto senza alcun onere a carico delle stesse, e ciò in deroga all'art. 1671*

del codice civile. Ai fini della presente lettera per differenze significative dei prezzi si intendono differenze superiori al 20 per cento rispetto al prezzo di riferimento".

In tali termini, ai sensi delle vigenti disposizioni, i prezzi individuati dall'Osservatorio rappresentano:

- uno strumento di analisi e valutazione da utilizzare da parte delle Aziende sanitarie in sede di acquisto di beni e servizi nel futuro (prezzo di riferimento);
- uno strumento per la riconduzione dei contratti in essere ai prezzi di riferimento, qualora si registrino differenze superiori al 20% rispetto al predetto prezzo di riferimento (prezzo imposto).

Il DL 90/2014 ha soppresso l'Autorità Nazionale sui Contratti Pubblici (AVCP) e ha trasferito le competenze in materia di vigilanza dei contratti pubblici all'Autorità Nazionale Anticorruzione (ANAC).

Sulla base dell'esperienza maturata con l'indagine campionaria dell'anno 2012, l'ANAC, al fine di garantire il più ampio contraddittorio con tutte le parti interessate ha ritenuto utile condividere, preventivamente, con i soggetti operanti nel settore della sanità alcune scelte riguardanti una seconda rilevazione per l'aggiornamento dei prezzi di riferimento.

In particolare, gli aspetti sui quali si è ritenuto proficuo un confronto con i soggetti interessati sono quelli che richiedono una conoscenza specifica del *procurement* in ambito sanitario e per i quali il legislatore non fornisce puntuali previsioni rimandando, invece, alla discrezionalità dell'ANAC le valutazioni necessarie per l'adempimento agli obblighi normativi.

In base alle valutazioni effettuate dall'ANAC e dall'AGENAS, si è ritenuto che le informazioni richieste con i nuovi questionari fossero idonee sia a rappresentare le molteplici ed eterogenee caratteristiche dei contratti in essere che a consentire tutte le analisi necessarie alla determinazione dei prezzi di riferimento. L'ANAC ha ritenuto, tuttavia, utile acquisire rilievi, suggerimenti, osservazioni da tutti i soggetti che, in virtù della propria esperienza professionale nel settore, hanno fornito il proprio contributo per la buona riuscita della rilevazione.

Sulla base dei predetti contributi, sono state effettuate talune modifiche ritenute utili ai modelli di indagine utilizzati per la rilevazione.

In fase di prima applicazione, i prezzi di riferimento sono stati determinati sulla base dei dati rilevati dalle stazioni appaltanti che avevano effettuato i maggiori volumi di acquisto in base a quanto risultava nella Banca dati nazionale dei contratti pubblici. Coerentemente al dettato normativo, nell'istruttoria della rilevazione dell'anno 2012, l'Osservatorio ha selezionato dalla BDNCP un campione di 66 stazioni appaltanti alle quali sottoporre i questionari per la rilevazione dei dati.

Per la seconda rilevazione, partita nell'anno 2014, l'Osservatorio ha individuato i dati per la determinazione dei prezzi di riferimento su una base più ampia, considerando tutti i soggetti operanti in ambito sanitario risultanti dalla BDNCP, ovvero tutte le Aziende sanitarie e le centrali di committenza regionali.

In questa nuova indagine, è stato possibile apportare ulteriori miglioramenti in relazione ad alcuni elementi emersi nel corso della rilevazione dell'anno 2012 e si è tenuto conto delle osservazioni provenienti dall'AGENAS. In particolare, l'Osservatorio ha

provveduto ad integrare i precedenti questionari con maggiori elementi di dettaglio al fine di potenziare gli strumenti di analisi a disposizione per il confronto tra i prezzi rilevati.

Le risultanze delle rilevazioni dell'anno 2014 sono state pubblicate sul sito dell'ANAC nel corso degli anni 2015, 2016 e 2017.

In data 22 marzo 2016 è stato firmato un protocollo d'intesa tra ANAC e ISTAT che prevede, tra l'altro, la collaborazione in tema di costi standard e prezzi di riferimento. In esito a tale collaborazione, sono stati condivisi e pubblicati i documenti tecnici nei quali viene definita in maniera dettagliata la metodologia adottata per la determinazione dei prezzi di riferimento per le singole categorie merceologiche in ambito sanitario.

Il DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera d), per gli Enti del SSN ha anche introdotto, per l'acquisto di beni e servizi di importo pari o superiore a 1.000 euro relativi alle categorie merceologiche presenti nella piattaforma Consip, l'obbligo dell'utilizzo degli strumenti di acquisto e negoziazione telematici messi a disposizione dalla stessa Consip, ovvero, se disponibili, dalle centrali di committenza regionali di riferimento. Il rispetto di quanto disposto dalla legge costituisce adempimento ai fini dell'accesso al finanziamento integrativo al SSN alla cui verifica provvede il Tavolo per la verifica degli adempimenti.

Un altro adempimento in materia di beni e servizi è definito, sempre nel DL 95/2012, all'articolo 15, comma 13, lettera e) e riguarda la verifica della redazione dei bandi di gara e dei contratti di *global service* e *facility management* in termini tali da specificare l'esatto ammontare delle singole prestazioni richieste (lavori, servizi, forniture) e la loro incidenza percentuale relativamente all'importo complessivo dell'appalto.

Al fine di favorire il processo di centralizzazione degli acquisti, è intervenuto successivamente l'art. 9 del DL 66/2014, che ha istituito, nell'ambito dell'Anagrafe unica delle stazioni appaltanti operante presso l'ANAC, l'elenco dei Soggetti aggregatori, di cui fanno parte Consip ed una centrale di committenza per ogni regione. Tale articolo prevede, inoltre, che con DPCM siano individuate le categorie di beni e di servizi nonché le soglie al superamento delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e che, sempre con DPCM, sia istituito il Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori, coordinato dal Ministero dell'economia e delle finanze. In attuazione della predetta disposizione sono stati emanati:

- il DPCM del 14 novembre 2014 di istituzione del Tavolo tecnico dei Soggetti aggregatori;
- il DPCM del 24 dicembre 2015 che ha individuato le categorie di beni e servizi e le soglie di spesa al di sopra delle quali è obbligatorio acquistare tramite Consip o Soggetti aggregatori e per le quali l'ANAC, salvo i casi di motivata urgenza, non rilascia il codice identificativo gara (CIG) alle stazioni appaltanti che non ricorrano a Consip o ad altro Soggetto aggregatore.

Sebbene tale normativa non sia esclusivamente rivolta al settore sanitario, si rileva in concreto che la maggior parte delle categorie individuate dal citato DPCM sono relative a beni e servizi acquistati dagli enti del SSN, quali: farmaci, vaccini, stent, ausili per incontinenza, protesi d'anca, medicazioni, defibrillatori, pace-maker, aghi e siringhe, servizi di smaltimento di rifiuti sanitari, ecc. L'ANAC ha individuato l'elenco dei Soggetti aggregatori con delibera n. 58 del 22 luglio 2015, aggiornato prima con delibera n. 125 del 10 febbraio 2016 e, successivamente, con delibera n. 3 del 17 gennaio 2018.

4.5 - Definizione di spesa sanitaria corrente

Il capitolo I della Sezione I fa riferimento a due diverse definizioni di spesa sanitaria corrente.

La prima è quella adottata dall'Istituto nazionale di statistica (ISTAT) nell'ambito della Contabilità nazionale (CN) ai fini della predisposizione del Conto economico consolidato della protezione sociale per il settore di intervento della sanità e per il settore istituzionale delle amministrazioni pubbliche (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CN*"). Tale aggregato è elaborato nel rispetto dei principi contabili del Sistema europeo delle statistiche integrate della protezione sociale (SESPROS), in coerenza con il Sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC)⁵³, e contabilizza i costi per la produzione dei servizi sanitari da parte di un qualsiasi ente facente parte della Pubblica amministrazione (PA)⁵⁴.

La seconda definizione è quella relativa all'aggregato di spesa rilevata mediante i modelli di Conto economico (CE)⁵⁵ degli Enti sanitari locali (ESL), presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali per la valutazione dei risultati d'esercizio (d'ora in avanti "*Tavolo di verifica degli adempimenti regionali*"⁵⁶).

I succitati aggregati di spesa presentano un'ampia area di sovrapposizione, ma anche significativi elementi di differenziazione che attengono alla diversa contabilizzazione e modalità di registrazione di alcune poste.

La spesa sanitaria corrente presa a riferimento dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali (d'ora in avanti "*Spesa sanitaria corrente di CE*") considera, ad esempio, i costi sostenuti dagli ESL per l'acquisto di beni e servizi da altre amministrazioni pubbliche, mentre la spesa sanitaria corrente di CN non considera tali transazioni in quanto consolidate all'interno del conto economico di riferimento.

Discorso a parte deve farsi per gli ammortamenti. Questi ultimi, fino al 2010, non erano inclusi nell'aggregato di spesa sanitaria corrente di CE, a causa dell'estrema differenziazione dei criteri contabili adottati dalle varie Regioni. Nel 2011, con la condivisione a livello nazionale di una regola omogenea di appostamento contabile, gli ammortamenti sono stati inclusi nella definizione di spesa del Tavolo di verifica degli adempimenti regionali e valutati in misura pari agli ammortamenti dei beni entrati in

⁵³ A partire da settembre 2014, l'ISTAT ha adottato il nuovo sistema europeo dei conti nazionali e regionali (SEC 2010), in sostituzione del previgente sistema (SEC 1995). L'adozione del nuovo sistema contabile ha determinato modifiche dei criteri di valutazione di alcuni aggregati di CN, con riflessi anche sul livello della spesa sanitaria. Fra le innovazioni più significative va evidenziato il trattamento contabile delle spese in ricerca e sviluppo. Tali spese, sulla base delle nuove regole, sono classificate quali spese di investimento, determinando, pertanto, un incremento dello *stock* di capitale del settore sanitario e un aumento del corrispondente consumo di capitale fisso (ammortamenti). Con specifico riferimento alla spesa sanitaria, l'imputazione alla funzione sanità degli investimenti correlati all'attività in ricerca e sviluppo effettuata in ambito sanitario dalle amministrazioni pubbliche ha comportato un incremento del valore degli ammortamenti contabilizzato nella spesa sanitaria, con conseguente revisione in aumento rispetto al livello previgente.

⁵⁴ Oltre agli Enti sanitari locali, ossia Aziende sanitarie locali (ASL), Aziende ospedaliere (AO), Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) di diritto pubblico e Policlinici universitari/Aziende ospedaliere Universitarie (AOU) controllati dalle regioni e ricompresi nei rispettivi servizi sanitari regionali, si considerano, ad esempio, gli Enti territoriali, la Croce rossa italiana, la Lega italiana per la lotta contro i tumori, ecc. I dati degli Enti sanitari locali derivano dai relativi modelli di conto economico opportunamente consolidati a livello di singolo servizio sanitario regionale.

⁵⁵ Tali modelli di rilevazione fanno riferimento al decreto ministeriale del 15 giugno 2012.

⁵⁶ Il Tavolo, istituito presso il Ministero dell'economia e delle finanze con l'Intesa tra lo Stato e le Regioni del 23 marzo 2005, ha il compito di verificare trimestralmente e annualmente il funzionamento dei servizi sanitari regionali e l'attuazione dei piani di rientro.

produzione nel 2010 e nel 2011. Dal 2012, si è prodotto un ulteriore importante avanzamento nel processo di armonizzazione dei principi contabili mediante l'emanazione del DL 118/2011. Quest'ultimo, all'art. 29, co. 1, lett. b), ha disciplinato principi specifici del settore sanitario dedicati a tale voce. Trattamento contabile differente è riservato in CN, ove gli ammortamenti vengono quantificati dall'ISTAT secondo specifiche metodologie di stima previste in ambito SEC.

Altra sostanziale diversità tra i due aggregati di spesa riguarda i criteri contabili di registrazione. Il Tavolo per la verifica degli adempimenti regionali considera i costi per la produzione dei servizi sanitari sostenuti nell'anno corrente secondo il principio della competenza economica, consolidando i valori a livello regionale. L'ISTAT, invece, registra i suddetti costi secondo specifici criteri definiti dal SEC, consolidando i valori a livello nazionale.

I diversi criteri di registrazione adottati nelle due definizioni di spesa sanitaria rilevano, in particolare, con riferimento alla tempistica di registrazione degli oneri connessi al rinnovo dei contratti del personale dipendente e delle convenzioni con i medici convenzionati con il SSN⁵⁷ e al pagamento di eventuali oneri per arretrati.

La spesa sanitaria corrente di CN registra il costo dei rinnovi contrattuali nell'anno di effettiva sottoscrizione degli stessi. Infatti, in accordo con le regole della CN, l'obbligazione giuridica al pagamento degli oneri contrattuali si manifesta solo a seguito della sottoscrizione del contratto collettivo di lavoro. In coerenza con tale criterio, eventuali oneri per arretrati devono essere registrati contestualmente alla sottoscrizione del rinnovo del contratto.

L'effetto quantitativo di tale criterio di contabilizzazione può essere valutato osservando che, negli anni di sottoscrizione dei contratti, la spesa sanitaria corrente di CN evidenzia delle forti variazioni incrementative, a cui seguono variazioni sensibilmente più limitate nell'anno successivo.

Nella spesa sanitaria corrente di CE, invece, gli oneri per il rinnovo dei contratti sono contabilizzati in ciascun anno sui bilanci degli ESL e inclusi nel livello complessivo della spesa, concorrendo, in tal modo, al risultato d'esercizio di ciascun Servizio sanitario regionale (SSR). Infatti, sulla base del principio della competenza economica, le Regioni sono tenute ad accantonare annualmente sui bilanci degli ESL le risorse necessarie alla copertura integrale degli oneri contrattuali di competenza dell'anno quale presupposto per l'accesso al finanziamento integrativo a carico dello Stato.

A seguito dell'introduzione di tale obbligo, si è registrata una maggiore congruità nella valutazione del costo effettivo dei rinnovi dei contratti e delle convenzioni del personale del SSN, con una significativa riduzione del fenomeno dell'iscrizione contabile di sopravvenienze passive di rilevante entità negli esercizi di sottoscrizione del contratto/convenzione oltre che con una evidente responsabilizzazione degli enti del SSN con riferimento agli effettivi costi di competenza economica, ancorché non materialmente tradottisi in esigenze finanziarie di cassa. Le dinamiche della spesa sanitaria, secondo le due definizioni sopra descritte, sono analizzate nel capitolo I della Sezione I.

⁵⁷ Trattasi principalmente dei medici di base (medici di medicina generale e pediatri di libera scelta), dei medici convenzionati addetti alla continuità assistenziale e degli specialisti convenzionati con il SSN (professionisti della medicina ambulatoriale).

4.6 - Il monitoraggio dei tempi di pagamento

Con l'entrata in vigore del decreto legge n. 35/2013, al fine di monitorare il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012, di recepimento della direttiva 2011/7/UE, è stato dato impulso alle attività sul monitoraggio dei tempi di pagamento degli enti del SSN, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti preposto per legge al monitoraggio della spesa sanitaria e degli equilibri di bilancio dei Servizi sanitari regionali.

A tal proposito si richiama il DPCM 22 settembre 2014 *"Definizione degli schemi e delle modalità per la pubblicazione su internet dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore annuale di tempestività dei pagamenti delle pubbliche amministrazioni"*⁵⁸.

In particolare, il citato DPCM, all'articolo 9 *"Definizione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"* e al successivo articolo 10 *"Modalità per la pubblicazione dell'indicatore di tempestività dei pagamenti"*, dispone, tra l'altro, quanto segue:

- le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore annuale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore annuale di tempestività dei pagamenti"*;
- a decorrere dall'anno 2015, le pubbliche amministrazioni elaborano un indicatore trimestrale dei propri tempi medi di pagamento relativi agli acquisti di beni, servizi e forniture, denominato: *"indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti"*;
- l'indicatore di tempestività dei pagamenti è calcolato come la somma, per ciascuna fattura emessa a titolo di corrispettivo di una transazione commerciale, dei giorni effettivi intercorrenti tra la data di scadenza della fattura o richiesta equivalente di pagamento e la data di pagamento ai fornitori moltiplicata per l'importo dovuto, rapportata alla somma degli importi pagati nel periodo di riferimento;
- ai fini del calcolo dell'indicatore, come definito all'articolo 9 comma 4, si intende per:
 - *"transazione commerciale"*, i contratti, comunque denominati, tra imprese e pubbliche amministrazioni, che comportano, in via esclusiva o prevalente, la consegna di merci o la prestazione di servizi contro il pagamento di un prezzo;
 - *"giorni effettivi"*, tutti i giorni da calendario, compresi i festivi;
 - *"data di pagamento"*, la data di trasmissione dell'ordinativo di pagamento in tesoreria;
 - *"data di scadenza"*, i termini previsti dall'articolo 4 del decreto legislativo n. 231/2002, come modificato dal decreto legislativo n. 192/2012; *"importo dovuto"*, la somma da pagare entro il termine contrattuale o legale di pagamento, comprese le imposte, i dazi, le tasse o gli oneri applicabili indicati nella fattura o nella richiesta equivalente di pagamento;
- sono esclusi dal calcolo i periodi in cui la somma era inesigibile essendo la richiesta di pagamento oggetto di contestazione o contenzioso;

⁵⁸ Vedasi anche la Circolare RGS n. 3 del 14/01/2015 ad oggetto *"Modalità di pubblicazione dei dati relativi alle entrate e alla spesa dei bilanci preventivi e consuntivi e dell'indicatore di tempestività dei pagamenti delle amministrazioni centrali dello stato, ai sensi dell'articolo 8, comma 3-bis, del DL 24 aprile 2014 n. 66 convertito, con modificazioni, dalla legge 23 giugno 2014, n.89"*

- le amministrazioni pubblicano l'“indicatore annuale di tempestività dei pagamenti” entro il 31 gennaio dell'anno successivo a quello di riferimento, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- a decorrere dall'anno 2015, con cadenza trimestrale, le amministrazioni pubblicano l'“indicatore trimestrale di tempestività dei pagamenti” entro il trentesimo giorno dalla conclusione del trimestre cui si riferisce, secondo le modalità di cui al comma 3 del presente articolo;
- gli indicatori sono pubblicati sul proprio sito internet istituzionale nella sezione “Amministrazione trasparente/Pagamenti dell'amministrazione” di cui all'allegato A del decreto legislativo n. 33/2013, in un formato tabellare aperto che ne consenta l'esportazione, il trattamento e il riutilizzo ai sensi dell'articolo 7 del citato decreto legislativo n. 33/2013.

L'attività di monitoraggio da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti è stata avviata con l'entrata in vigore del citato DPCM 22 settembre 2014 e viene attuata come di seguito riportato⁵⁹:

Monitoraggio dei pagamenti delle fatture commerciali in corso d'anno: il predetto Tavolo chiede, dall'anno 2014, in sede di verifica degli adempimenti, di produrre una tabella inerente il pagamento dei debiti commerciali intervenuti durante l'anno corredata dell'informazione relativa all'ammontare delle fatture liquidate e dell'anno di emissione delle fatture stesse. La tabella riporta altresì l'informazione relativa all'importo dei pagamenti effettuati oltre i termini previsti dal DPCM 22 settembre 2014. Tali informazioni sono fornite da ciascuna regione a livello trimestrale (cumulato) e annuale, riportando il dettaglio relativo agli enti del proprio Servizio sanitario regionale e la loro somma, ivi ricomprendendo la Gestione sanitaria accentrata (GSA), ove istituita.

Monitoraggio dell'Indicatore di tempestività dei pagamenti (ITP)⁶⁰: il Tavolo chiede, dall'anno 2014, di produrre una tabella contenente l'Indicatore di tempestività dei pagamenti per ciascun trimestre singolarmente e per ciascun anno (valore cumulato). Le regioni forniscono il dettaglio dell'ITP per singolo ente del proprio Servizio sanitario regionale, ivi ricomprendendo la GSA, ove istituita, nonché il link al sito internet aziendale dove il dato viene pubblicato (come richiesto agli articoli 9 e 10 del DPCM 22/09/2014). Alcune regioni forniscono anche l'indicatore medio ponderato regionale.

Monitoraggio delle informazioni inerenti la corretta alimentazione della Piattaforma dei Crediti Commerciali (PCC)⁶¹: il Tavolo invia a ciascuna regione, in occasione delle verifiche periodiche (trimestrali e annuali), la situazione di ciascuna azienda del SSR nei

⁵⁹ Vedasi anche il paragrafo 2.1.

⁶⁰ Il comma 4 dell'articolo 41 del D.L. 24/04/2014, n. 66, dispone che “Le regioni, con riferimento agli enti del Servizio sanitario nazionale, trasmettono al Tavolo di verifica degli adempimenti regionali di cui all'articolo 12 dell'Intesa 23 marzo 2005, sancita dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le regioni e le province autonome di Trento e di Bolzano, pubblicata nel supplemento ordinario n. 83 alla Gazzetta Ufficiale della Repubblica italiana n. 105 del 7 maggio 2005, una relazione contenente le informazioni di cui al comma 1 e le iniziative assunte in caso di superamento dei tempi di pagamento previsti dalla legislazione vigente. La trasmissione della relazione e l'adozione da parte degli enti delle misure idonee e congrue eventualmente necessarie a favorire il raggiungimento dell'obiettivo del rispetto della direttiva 2011/7/UE del Parlamento europeo e del Consiglio, del 16 febbraio 2011, sui tempi di pagamenti costituisce adempimento regionale, ai fini e per gli effetti dell'articolo 2, comma 68, lettera c), della legge 23 dicembre 2009, n. 191, le cui disposizioni continuano ad applicarsi a decorrere dall'esercizio 2013 ai sensi dell'articolo 15, comma 24, del decreto-legge 6 luglio 2012, n. 95, convertito, con modificazioni, dalla legge 7 agosto 2012, n. 135.”

⁶¹ In attuazione dell'articolo 7-bis “Trasparenza nella gestione dei debiti contratti dalle pubbliche amministrazioni” del decreto legge n. 35/2013.

confronti della PCC. In particolare viene verificato: l'esistenza dell'identificativo dell'azienda nella banca dati della PCC, la corretta e completa alimentazione della PCC, i pagamenti risultanti.

Da ultimo, al fine di rafforzare il rispetto dei tempi di pagamento previsti dalla normativa vigente, si segnalano le disposizioni introdotte dalla L 145/2018 (art. 1, co 865 e 866), in materia di obiettivi ai Direttori Generale e Amministrativi degli enti del SSN connessi al rispetto dei predetti tempi di pagamento.

4.7 - Spesa sanitaria e invecchiamento demografico

Le dinamiche demografiche attese nei prossimi decenni⁶² determineranno un'espansione della domanda di prodotti e servizi sanitari, in quanto aumenterà il peso della popolazione nelle fasce di età più elevate, in cui i bisogni sanitari sono maggiori. L'aumento della quota di popolazione anziana dipende sia dal costante incremento della speranza di vita, in linea con le tendenze dei decenni passati, sia dalla transizione demografica, cioè il processo di invecchiamento delle generazioni del *baby boom* che progressivamente raggiungeranno le età più anziane. L'elevato livello della speranza di vita e la significativa dinamica attesa per i prossimi decenni, se da un lato confermano la buona *performance* del nostro sistema sanitario, dall'altra potrebbero generare, in futuro, situazioni di frizione rispetto al vincolo delle risorse disponibili.

Ci sono, tuttavia, alcuni fattori, riconducibili alle stesse dinamiche demografiche, che potrebbero limitare significativamente la crescita della spesa sanitaria rispetto a quanto emergerebbe da un'ipotesi di estrapolazione meccanica degli attuali comportamenti di consumo per età e sesso.

In primo luogo, si è dimostrato che una percentuale molto elevata del totale dei consumi sanitari nell'arco della vita di un soggetto si concentra nell'anno antecedente la sua morte. Ciò significa che la componente di spesa sanitaria relativa ai costi sostenuti nella fase terminale della vita (c.d. *death-related costs*) non risulterà significativamente condizionata dall'aumento degli anni di vita guadagnati⁶³.

In secondo luogo, come è avvenuto costantemente in passato, l'aumento della speranza di vita sarà verosimilmente accompagnato da un miglioramento delle condizioni di salute ed una riduzione dell'incidenza della disabilità a parità di età. Se gli aumenti della speranza di vita si tradurranno in tutto o in parte in anni guadagnati in buona salute (c.d. *dynamic equilibrium*)⁶⁴ una parte importante dell'incremento dei costi, calcolato nell'ipotesi di invarianza della struttura per età e sesso dei bisogni sanitari, non si realizzerebbe.

È evidente che per fronteggiare le tendenze espansive della domanda di prestazioni sanitarie indotte dalle dinamiche demografiche, senza compromettere il livello di benessere sanitario raggiunto, sarà necessario recuperare maggiori livelli di efficienza ed efficacia nell'azione di *governance* del sistema sanitario. Ciò potrebbe apparire una prospettiva ambiziosa per un settore in cui la produzione e l'erogazione delle prestazioni

⁶² Istat (2017).

⁶³ Aprile R., Palombi M. (2006).

⁶⁴ Economic Policy Committee - European Commission (2014).

incide direttamente sulla salute dei cittadini. Tuttavia, l'esperienza maturata nell'ambito dell'attività di monitoraggio della spesa sanitaria che include, fra l'altro, i criteri di riparto del finanziamento, il controllo dei programmi di spesa regionali, la verifica delle *performance* in termini di produzione ed erogazione di servizi nonché la correzione degli andamenti rispetto a valori di *benchmark*, ha mostrato che esistono margini di razionalizzazione, senza compromettere la qualità e l'universalità dei servizi.

Per completezza, occorre segnalare che sono stati identificati anche altri fattori esplicativi della dinamica della spesa sanitaria, di natura non demografica, che potrebbero operare in senso espansivo. Fra questi, particolare attenzione è stata rivolta in letteratura al progresso tecnologico, per l'introduzione di apparecchiature sanitarie e principi terapeutici sempre più sofisticati e costosi. Tuttavia, nonostante gli sforzi compiuti in termini di analisi e stima, non si è arrivati a conclusioni definitive, non solo per quanto riguarda la dimensione dell'effetto, ma neppure in relazione al segno, atteso che il progresso tecnologico porta con sé una maggiore efficienza produttiva.

Tuttavia, l'eventuale effetto espansivo del progresso tecnologico, operando dal lato dell'offerta, necessita di un sistema di finanziamento della domanda che sia, in qualche modo, "accomodante" rispetto alle dinamiche dell'offerta. Tale circostanza dipende essenzialmente dall'assetto istituzionale ed organizzativo del sistema sanitario. In un contesto come quello italiano, in cui è stato istituito un efficiente ed efficace sistema di *governance*, il controllo della domanda di prodotti e servizi sanitari risulta pienamente operante, nel rispetto degli obiettivi di equilibrio finanziario e di sostenibilità della spesa pubblica.

Box 4.1 - Determinanti della crescita della spesa sanitaria e interventi correttivi

Negli anni precedenti al 2007, la spesa sanitaria è cresciuta a ritmi sostenuti. L'attività di analisi e monitoraggio ha consentito di identificare le principali ragioni che hanno determinato tale dinamica, in relazione ai principali fattori di costo e ai livelli di assistenza. Corrispondentemente, sono stati adottati specifici interventi di contenimento che hanno consentito di conseguire un forte rallentamento della dinamica della spesa nel periodo successivo al 2007. Le tabelle sottostanti riportano, per singolo fattore di costo, l'elenco delle determinanti di crescita più significative affiancato da quello delle principali azioni correttive intraprese.

Personale

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Crescita delle unità di personale. - Dinamica dei rinnovi contrattuali superiore all'inflazione programmata. - Mancanza di controllo sui fondi contrattuali che hanno determinato una amplificazione dell'impatto dei rinnovi contrattuali.	- Blocco del <i>turn over</i> totale o parziale e autorizzazione alle assunzioni controllato a livello regionale. - Obbligo di effettuare gli accantonamenti relativi ai rinnovi contrattuali nei bilanci sanitari al fine di tener conto di tutti i fattori produttivi ancorché non aventi ancora un'esigenza di copertura finanziaria (verifica dell'ammontare degli accantonamenti). - Blocco dei rinnovi contrattuali. Riconoscimento incrementi contrattuali parametrati secondo la normativa vigente. - Rideterminazione (in diminuzione) dei fondi contrattuali della dirigenza e del comparto in relazione alle cessazioni.

Beni e servizi

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di controllo sugli ordinatori di spesa. - Mancanza di acquisti centralizzati e/o attraverso commercio elettronico. - Mancanza di collegamento tra fabbisogno effettivi e quantità acquistate (scorte non controllate, quantità di medicinali/presidi scaduti). - Inappropriatezza nell'utilizzo delle risorse.	- Analisi dei fabbisogni. - Prezzi di riferimento AVCP - Ricorse a forme di unioni di acquisto o gare centralizzate. - Acquisti tramite Consip. - Rinegoziazione contratti. - Riduzione del 10% a regime degli importi e delle correlate prestazioni dei contratti in vigore (DL 95/2012).

Prestazioni da privato

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di programmazione in molte regioni italiane con conseguente pagamento a piè di lista delle prestazioni effettivamente erogate. - Mancanza di controlli relativi all'appropriatezza delle prestazioni erogate. - Incrementi tariffari non governati. In alcuni casi, tariffe collegate direttamente ai contratti di lavoro del personale dipendente.	- Programmazione e definizione dei budget entro la prima metà dell'anno di riferimento. - Definizione del fabbisogno. - Definizione del sistema tariffario. - Implementazione di adeguati sistemi di controllo

Farmaceutica convenzionata

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
- Mancanza di controllo sui consumi. - Inappropriatezza nell'utilizzo del farmaco; - Capacità di persuasione dei portatori di interesse sulla farmaceutica che ha determinato effetti sui consumi.	- Introduzione di forme di compartecipazione alla spesa - Monitoraggio dei consumi attraverso il sistema tessera sanitaria - Monitoraggio attivo delle prescrizioni (attraverso TS). - Controllo della sussistenza del diritto all'esenzione dalla compartecipazione alla spesa ed eventuale applicazione di sanzioni.

Investimenti

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Politica degli investimenti (nelle regioni del centro nord) sostenuta senza effettive risorse a disposizione creando difficoltà di cassa e determinando oneri futuri.	- Introduzione del decreto legislativo n. 118 del 2011 - Utilizzo di principi contabili omogenei in materia di investimenti. - Responsabilizzazione regionale degli investimenti senza risorse preordinate attraverso l'introduzione dell'ammortamento integrale nell'anno dei beni acquistati senza contributi in conto capitale da spersarsi integralmente a carico del Fondo sanitario corrente. - Monitoraggio degli oneri scaturenti da investimento.

Livelli di assistenza

Determinanti della crescita	Interventi correttivi
-Mancata definizione fino al 2001 delle prestazioni da erogarsi da parte del SSN a titolo gratuito o con compartecipazione alla spesa.	- Monitoraggio dell'effettiva erogazione di prestazioni appropriate (in particolare verifica sui DRG a rischio di inappropriatezza, definiti nel 2001 e incrementati con l'Intesa Stato-Regioni del 23 dicembre 2009). - Richiesta implementazione servizi territoriali alternativi ai ricoveri.

Box 4.2 - Procedura di ripartizione regionale del finanziamento del settore sanitario pubblico

Fino all'anno 2012, il livello complessivo del finanziamento del SSN, che corrisponde alla quota di risorse pubbliche che lo Stato, in concorrenza con le altre funzioni, destina alla sanità pubblica, era ripartito tra le regioni sulla base della popolazione residente pesata, con pesi che tenevano conto del profilo dei consumi sanitari della popolazione residente, suddivisa per classi di età e sesso. La procedura di determinazione dei fabbisogni standard regionali, che indicano la quota di risorse attribuite a ciascuna regione per l'erogazione dei livelli essenziali di assistenza in condizioni di efficienza ed appropriatezza, è stata modificata dal DLgs 68/2011, a decorrere dall'anno 2013. Nel seguito vengono riportate le fasi attraverso cui si esplica tale procedura.

- *Prioritariamente, in ciascun anno, è definito il fabbisogno sanitario nazionale standard in coerenza con il quadro macroeconomico complessivo del Paese e con gli impegni assunti dall'Italia in sede comunitaria (articoli 25 e 26).*
- *Viene ribadita l'allocazione ottimale delle risorse cui devono tendere le regioni per erogare correttamente la funzione sanitaria (art. 27, co. 3):*
 - 5% per l'assistenza collettiva;
 - 51% per l'assistenza territoriale;
 - 44% per l'assistenza ospedaliera.
- *Con riferimento al secondo anno precedente a quello di riferimento, si provvede a individuare le migliori 5 regioni sulla base delle seguenti caratteristiche (art. 27, commi 4-5):*
 - *erogazione dei livelli essenziali di assistenza in equilibrio economico e in condizione di efficienza ed appropriatezza, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali; sono considerate in equilibrio economico le regioni che hanno assicurato l'erogazione dei predetti livelli di assistenza con le risorse ordinarie stabilite dalla legislazione vigente nazionale, ivi incluse le entrate proprie regionali effettive;*
 - *superamento degli adempimenti previsti dalla vigente legislazione, come verificato dal Tavolo di verifica degli adempimenti regionali;*
 - *presenza di criteri di qualità, definiti con successivo decreto del Presidente del Consiglio, sulla base degli indicatori già condivisi in sede di Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009.*

Qualora un numero inferiore a 5 regioni si trovi in condizione di equilibrio, si individuano anche le regioni con il minor disavanzo (art. 27, co. 12).

Tra le predette 5 regioni, vengono individuate, da parte della Conferenza Stato Regioni, le 3 di riferimento (benchmark), tra le quali è obbligatoriamente inclusa la prima delle 5. Nell'individuazione delle regioni si dovrà tenere conto dell'esigenza di garantire una rappresentatività in termini di appartenenza geografica nord, centro e sud, con almeno una regione di piccola dimensione (art. 27, co. 5).

- *I costi sono computati a livello aggregato per ogni regione e per ciascuno dei tre macrolivelli di assistenza: assistenza collettiva, assistenza distrettuale e assistenza ospedaliera (art. 27, co. 6).*
- *I costi sono altresì computati al lordo della mobilità passiva e al netto della mobilità attiva; sono depurati della quota di spesa finanziata dalle maggiori entrate proprie rispetto a quelle considerate in sede di riparto; sono depurati delle quote di ammortamento che trovano copertura ulteriore rispetto al finanziamento ordinario del SSN e della quota che finanzia livelli assistenziali superiori ai livelli essenziali (art. 27, co. 6, lettere a), b), c) e d)).*
- *Il valore di costo standard è dato, per ciascuno dei tre macrolivelli dalla media pro capite pesata del costo registrato dalle regioni benchmark (art. 27, co. 6).*
- *Il costo così ottenuto è moltiplicato in ogni regione per la popolazione pesata (art. 27, co. 6, lett. e). L'incidenza percentuale di tale costo, è applicata al fabbisogno standard nazionale dell'anno di riferimento e determina il fabbisogno standard regionale (art. 27, commi 8 e 9).*
- *La convergenza ai valori percentuali del fabbisogno standard nazionale avviene in un periodo di 5 anni (art. 27, co. 11).*

Box 4.3 - DPCM del 12 gennaio 2017 – I livelli essenziali di assistenza

I Livelli Essenziali di Assistenza (LEA) sono costituiti dalle attività, servizi e prestazioni che il SSN garantisce a tutti i cittadini in condizioni di uniformità, nel rispetto del complessivo quadro finanziario stabilito per il SSN.

Trattasi di prestazioni sanitarie e servizi che devono presentare evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute, a livello individuale o collettivo, in relazione alle risorse impiegate. Tali prestazioni sono garantite dal SSN a titolo gratuito ovvero con compartecipazione alla spesa.

In base a quanto stabilito dal DLgs 502/1992, i LEA devono rispettare i seguenti principi:

- *dignità della persona;*
- *bisogno di salute;*
- *equità nell'accesso alle prestazioni;*
- *qualità e appropriatezza delle cure;*
- *economicità nell'impiego delle risorse.*

La L 208/2015 ha previsto l'aggiornamento con DPCM dei LEA definiti nel 2001, nei limiti di una maggiore spesa pari a 800 milioni di euro annui. L'erogazione alle regioni dei suddetti 800 milioni di euro è stata subordinata all'effettiva approvazione del nuovo DPCM.

In tali termini, è stato adottato con Intesa Stato-Regioni del 7 settembre 2016 uno schema di DPCM che, dopo i previsti passaggi presso le commissioni parlamentari è stato formalmente adottato in data 12 gennaio 2017. Nell'ambito della suddetta Intesa è stato convenuto, tra l'altro, che i nuovi LEA sono coerenti con il livello del fabbisogno sanitario stabilito dalla normativa vigente.

Le principali novità introdotte dal DPCM del 12 gennaio 2017, che sostituisce integralmente il DPCM 29 novembre 2001, sono le seguenti:

- *definizione e descrizione con maggiore dettaglio di prestazioni e attività già inserite nei LEA;*
- *innovazione dei nomenclatori della specialistica ambulatoriale e dell'assistenza protesica, con l'introduzione di nuove prestazioni tecnologicamente avanzate e l'eliminazione di prestazioni obsolete (si fa presente che i nuovi nomenclatori entrano in vigore contestualmente alla definizione delle corrispondenti tariffe);*
- *aggiornamento degli elenchi delle malattie croniche ed invalidanti che danno diritto all'esenzione dalle quote di partecipazione alla spesa sanitaria;*
- *individuazione delle prestazioni di procreazione medicalmente assistita erogate in regime di assistenza specialistica ambulatoriale;*
- *introduzione dell'adroterapia per la cura delle patologie oncologiche;*

- *introduzione di nuovi vaccini, in coerenza con il Piano vaccinale 2017-2019;*
- *introduzione dello screening neonatale per la sordità congenita e la cataratta congenita, nonché estensione a tutti i nuovi nati dello screening esteso per le malattie metaboliche ereditarie.*

La L 208/2015 ha inoltre previsto la costituzione della Commissione nazionale per l'aggiornamento dei LEA che ha il compito di monitorare sistematicamente i medesimi livelli di assistenza per valutarne il mantenimento, per definire condizioni di erogabilità delle prestazioni o indicazioni di appropriatezza. La Commissione, inoltre, ha il compito di proporre l'introduzione di nuove prestazioni che nel tempo si dimostrano efficaci.

La Commissione formula annualmente una proposta di aggiornamento dei LEA. Se tale proposta comporta maggiori oneri a carico del SSN, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con DPCM. Qualora, viceversa, detta proposta sia finanziariamente neutrale o comporti effetti di contenimento della spesa, l'aggiornamento dei LEA è effettuato con un procedimento più rapido (decreto interministeriale).

Box 4.4 – Strumenti di controllo della spesa farmaceutica – il *pay-back*

Il pay-back farmaceutico, introdotto a partire dal 2008 relativamente alla spesa farmaceutica territoriale e a partire dal 2013 relativamente alla spesa farmaceutica ospedaliera, prevede che le aziende farmaceutiche siano chiamate a ripianare l'eventuale scostamento tra la spesa effettivamente registrata e i limiti fissati dalla normativa. Da ultimo, la legge 232/2016 ha modificato gli aggregati di spesa e i valori dei tetti. Per effetto di tale normativa, a partire dall'anno 2017:

- *con riferimento alla spesa farmaceutica convenzionata (originariamente spesa territoriale), il cui tetto di spesa è annualmente fissato in misura pari al 7,96% del livello del finanziamento del SSN, le aziende farmaceutiche unitamente a farmacisti e grossisti, sono chiamate a ripianare l'intero scostamento;*
- *con riferimento alla spesa farmaceutica per acquisti diretti effettuati dalle Aziende sanitarie (originariamente spesa ospedaliera), il cui tetto di spesa è annualmente fissato in misura pari al 6,89% del livello del finanziamento del SSN, le aziende farmaceutiche sono chiamate a ripianare il 50% dello scostamento, mentre il restante 50% resta a carico delle regioni.*

Sebbene i tetti di spesa siano un parametro da assumere come riferimento da parte di ciascuna regione, la procedura di ripiano si applica esclusivamente qualora venga superato il tetto di spesa a livello nazionale. Ciò nel presupposto che eventuali scostamenti riguardanti singole regioni, tali comunque da non comportare un eccesso di spesa complessivo, siano il sintomo di inefficienze locali e non siano la spia di una criticità di "sistema".

Occorre, inoltre, evidenziare che a decorrere dall'anno 2017, non rientrano nel calcolo dei tetti, e quindi non sono soggetti al meccanismo del pay-back, stante la loro peculiarità, i farmaci innovativi ed i farmaci oncologici innovativi, fino ad un importo massimo di spesa pari a 500 milioni annui per ciascuna tipologia. (negli anni 2015 e 2016 l'esclusione dal pay-back è stata limitata ai farmaci innovativi fino ad un importo massimo pari a 500 milioni di euro annui)

Dal punto di vista pratico, si può osservare che la suddetta strumentazione è risultata efficace, fino all'anno 2012, dal momento che il tetto di spesa previsto (quello della spesa territoriale, l'unico all'epoca vigente) è stato rispettato. Viceversa, dal 2013 in poi, da un lato si è registrato un eccesso di spesa rispetto ai valori programmati, in particolare per la spesa farmaceutica ospedaliera, dall'altro la procedura amministrativa di determinazione del pay-back, di competenza dell'Agenzia italiana del farmaco (AIFA), è stata più volte eccepita da numerose Aziende farmaceutiche, in particolare per motivazioni riguardanti la ritenuta erroneità dei dati utilizzati per l'assegnazione delle quote di ripiano e il mancato rispetto dei principi di trasparenza e partecipazione procedimentale, in quanto le stesse Aziende farmaceutiche non sarebbero state messe nella condizione di verificare l'esattezza dei dati.

Occorre, peraltro, sottolineare che le procedure amministrative sottostanti l'individuazione del pay-back risultano comunque complesse, riguardando ogni anno centinaia di Aziende farmaceutiche e milioni di

confezioni di medicinali, tenuto conto che AIFA deve individuare con precisione l'eventuale l'eccesso di spesa a carico di ogni Azienda, rispetto ad un budget assegnato ex-ante. Pertanto, al fine di una piena operatività delle procedure, è necessario che le basi dati sottostanti siano pienamente affidabili.

Nella situazione di incertezza creatasi anche a fronte di talune sentenze del Giudice Amministrativo, che hanno ritenuto fondate le lamentazioni delle Aziende farmaceutiche ricorrenti, il legislatore è più volte intervenuto, da ultimo nell'ambito della legge di Bilancio per l'anno 2019 (art. 1, co. da 574 a 584) e della L 12/2019, di conversione del DL 135/2018 (art. 9-bis, commi da 3 a 6).

In particolare, tale ultima disposizione ha previsto che al raggiungimento dell'importo complessivo di 2.378 milioni di euro versato dalle aziende farmaceutiche per il pay-back dovuto nel periodo 2013-2017, si estinguono di diritto, per cessata materia del contendere, le liti pendenti in materia dinanzi al giudice amministrativo.

L'Aifa, in data 5 luglio 2019 ha verificato positivamente il raggiungimento di tale obiettivo finanziario e pertanto il contenzioso relativo alle suddette annualità è stato definitivamente concluso. Trattasi di norme che sono intervenute per sanare il passato, tenuto anche conto che AIFA ed i Ministeri dell'economia e della salute hanno posto in essere azioni per il consolidamento delle basi dati, al fine di rendere più solidi i procedimenti inerenti l'attribuzione del pay-back. Inoltre, si segnala l'articolo 29, comma 2, del DL 50/2017, il quale prevede che a decorrere dal 1° gennaio 2018 nelle fatture elettroniche per acquisti di farmaci emesse nei confronti degli Enti del SSN è fatto obbligo indicare il codice identificativo del medicinale.

CAPITOLO 5 - Piani di rientro

5.1 - Premessa

Come già rappresentato nel precedente capitolo, la consapevolezza che il sistema premiale operante dall'anno 2001 non fosse più adeguato per le regioni che erano state dichiarate inadempienti per l'emersione di alti disavanzi di gestione, ha portato alla definizione progressiva di una legislazione speciale con la definizione dell'istituto del Piano di rientro.

In particolare, nonostante il potenziamento del sistema sanzionatorio intervenuto nel 2005, le regioni con elevati disavanzi non riuscivano a dare copertura integrale al disavanzo stesso e, quindi, la mancata copertura alimentava negli anni un debito crescente; negli operatori di tali regioni era subentrato un atteggiamento in alcuni casi di scoraggiamento e in altri di totale disinteresse delle regole imposte dal sistema premiale; in molte regioni erano state poste in essere operazioni finanziarie sul debito anche molto onerose per le regioni stesse e i cui riflessi si sarebbero comunque prodotti su un arco temporale molto esteso.

Pertanto sia il legislatore, con la legge finanziaria per l'anno 2005 (art. 1, co. 180 della L 311/2004), che Governo e Regioni, nella successiva Intesa del 23 marzo 2005 (art. 8), avevano ritenuto che la soluzione potesse essere individuata solo nel varo da parte della regione di un programma operativo di riorganizzazione, di riqualificazione o di potenziamento del SSR attraverso la sottoscrizione di un apposito accordo tra i Ministri della salute, dell'economia e delle finanze e il Presidente della regione interessata.

In tali termini fin dall'anno 2006 le regioni Liguria, Lazio, Abruzzo, Molise, Campania e Sicilia hanno iniziato a predisporre le bozze di tale programma operativo detto "Piano di rientro".

Durante tale anno, anche alla luce delle problematiche emerse, è stato valutato inoltre che il programma operativo, di durata di norma triennale, dovesse essere corredato di una più puntuale cornice legislativa di attuazione che è stata successivamente prevista dal Patto per la salute 2007-2009 e poi recepita nella legge finanziaria per l'anno 2007 (L 296/2006).

La cornice normativa per i piani di rientro definita nell'anno 2007 prevedeva per le regioni interessate:

- un fondo transitorio di accompagnamento per il triennio 2007-2009 che si aggiungeva al fondo previsto per l'anno 2006 per le regioni che sottoscrivevano un piano di rientro. Potevano accedervi le regioni nelle quali fosse scattato l'incremento automatico delle aliquote fiscali previsto dal comma 174 della legge finanziaria 2005. Tale fondo discendeva dalla consapevolezza che il livello di disavanzo raggiunto storicamente da tali regioni non potesse essere drasticamente annullato ma richiedeva uno sforzo graduale di contenimento dell'eccesso di spesa. La dimensione del fondo, decrescente, era pari a 1000 milioni di euro per l'anno 2007, 850 milioni di euro per l'anno 2008 e 700 milioni di euro per l'anno 2009. Il suo ammontare era stato deciso tra Governo e Regioni congiuntamente e rappresentava lo "sforzo" di solidarietà che

le regioni non in piano di rientro avevano ritenuto congruo “per aiutare” le regioni interessate dai piani di rientro nel loro sforzo straordinario;

- un ripiano selettivo dei disavanzi. Tale ripiano, dell’entità di 3.000 milioni di euro, era destinato ad abbattere il debito accumulato da tali regioni al 31 dicembre 2005 al fine di rendere sostenibile il percorso di rientro. In tali regioni il debito aveva, in alcune realtà, assunto dimensioni insostenibili;
- una deroga legislativa in ordine alla copertura pluriennale del debito al 31 dicembre 2005 attraverso il conferimento di entrate certe e vincolate. Tale possibilità era stata data mediante deroga legislativa in quanto altrimenti vietata. Il fine di tale deroga era quello di permettere a tali regioni di conferire risorse annuali alla copertura del loro debito che, in relazione alla dimensione raggiunta, non poteva essere affrontata in un solo esercizio;
- un’anticipazione di liquidità per chiudere le posizioni debitorie al 31 dicembre 2005. Tale anticipazione dell’importo complessivo di 9.100 milioni di euro ha consentito alle regioni interessate di stipulare dei prestiti con lo Stato al fine di pagare una parte del debito, dopo una procedura di certificazione dello stesso da effettuarsi con il supporto di un *advisor* contabile. Tale prestito sarebbe poi stato restituito dalla regione allo Stato, mediante il conferimento di risorse rinvenienti da entrate certe e vincolate in un arco di tempo trentennale;
- il mantenimento delle aliquote dell’addizionale regionale all’Irpef e dell’Irap sui livelli massimi consentiti dalla legislazione vigente, quale massimo sforzo regionale sul versante delle entrate proprie. Tale previsione normativa è tuttora parte della cornice finanziaria della gestione corrente programmata con il piano di rientro in quanto è funzionale al conseguimento dell’equilibrio annuale dei conti di competenza.

Pertanto, come sopra riportato, nella cornice normativa del piano di rientro, vi sono contemporaneamente aiuti statali e obblighi regionali per la gestione corrente (accesso al fondo transitorio di accompagnamento e conferimento aliquote fiscali massimizzate) che accompagnano gradualmente lo sforzo regionale di contenimento della dinamica della spesa corrente; vi sono aiuti statali e conferimenti regionali per la gestione del debito al 31 dicembre 2005 (ripiano selettivo dei disavanzi, accesso all’anticipazione di liquidità e restituzione su base pluriennale del prestito ricevuto).

5.2 - Caratteristiche dei piani di rientro

Il Piano di rientro si presenta come un vero e proprio piano industriale concernente la gestione del SSR nell’ambito della cornice finanziaria programmata garantendo l’erogazione dei LEA.

Esso è caratterizzato da diversi aspetti.

- La consapevolezza: è la prima fase nella stesura del piano di rientro, caratterizzata dai seguenti processi:
 - analisi del contesto normativo nazionale e regionale in materia sanitaria;
 - analisi del contesto sanitario regionale;
 - analisi del contesto regionale di controllo del servizio sanitario regionale;

- analisi SWOT: consapevolezza dei propri punti di debolezza, ma anche dei propri punti di forza, delle opportunità e dei rischi delle scelte da compiere;
- elaborazione del modello tendenziale triennale del sistema sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi.

Tale fase comporta la consapevolezza della insostenibilità finanziaria e sanitaria di un sistema senza controllo.

- La fase seguente che la regione deve affrontare è quella delle scelte da operare, che si sostanzia nel seguente processo:
 - individuazione degli interventi necessari ad efficientare il sistema e renderlo conforme al Piano sanitario nazionale per l'erogazione dei LEA;
 - definizione dei provvedimenti da adottare per attuare gli interventi;
 - elaborazione del cronoprogramma degli interventi;
 - individuazione degli effetti economici e di sistema correlati agli interventi;
 - definizione delle modalità di verifica periodica degli interventi;
 - elaborazione del modello programmato triennale sia per fattori produttivi che per destinazione assistenziale degli stessi tale da garantire il raggiungimento dell'equilibrio con il conferimento del fondo transitorio di accompagnamento, limitatamente agli anni 2007-2009, e delle entrate fiscali regionali da massimizzazione. Si tratta in sintesi di un modello programmato che associa dei risparmi di spesa con un disavanzo programmato nei limiti delle entrate aggiuntive preordinate sempre nella garanzia dell'erogazione dei LEA.

La bozza di Piano di rientro è stata sottoposta all'esame di un Gruppo tecnico interistituzionale, con la partecipazione di esponenti governativi e regionali, che ha discusso con le singole regioni le scelte proposte e, qualora necessario, chiesto modifiche ed integrazioni. Una volta stabilito il contenuto del Piano di rientro è stato possibile sottoscrivere l'Accordo per il piano di rientro da parte dei Ministri della salute e dell'economia e delle finanze, sentito il Ministro per gli Affari regionali, ed il Presidente della regione.

Nell'anno 2007 sono stati sottoscritti gli Accordi per i piani di rientro delle regioni Lazio, Campania, Liguria, Molise, Abruzzo, Sicilia e Sardegna. (Liguria e Sardegna hanno concluso il Piano nell'anno 2009).

Nel dicembre 2009 ha predisposto il Piano di rientro la regione Calabria.

Nell'anno 2010 si sono aggiunte anche Piemonte e Puglia (cfr. Paragrafo 2.4).

5.3 - Principali interventi previsti nei piani di rientro

I principali interventi contenuti nei Piani di rientro, i cui primi Accordi sono stati sottoscritti durante l'anno 2007, sono:

- misure di contenimento del costo del personale (per esempio blocco del *turn over*) → intervento da realizzarsi in relazione agli ingenti esuberi di personale ovvero alla necessità di razionalizzare il fattore lavoro;

- rideterminazione fondi contrattazione integrativa aziendale e piante organiche → intervento di sistema volto a garantire l'equità rispetto alla categoria e alle mansioni svolte;
- efficientamento nel modello di acquisizione dei beni e servizi in particolare prodotti farmaceutici ed altri beni sanitari → intervento strutturale di efficientamento;
- rideterminazione dei posti letto ospedalieri per acuti e post acuti ai fini del rispetto dello *standard* nazionale → intervento di adeguamento al fabbisogno ritenuto congruo a livello nazionale;
- potenziamento dei controlli sull'inappropriatezza → intervento di sistema volto a recuperare risorse impiegate improduttivamente dal punto di vista sanitario;
- riorganizzazione della rete ospedaliera → intervento strutturale di medio-lungo periodo. Costituisce il vero salto di qualità del sistema;
- determinazione tetti di spesa e *budget* per i soggetti erogatori privati → intervento volto a garantire la programmazione delle cure nell'ambito delle risorse e ad evitare l'insorgere di contenziosi;
- protocolli di intesa con le università → superamento dei vecchi policlinici universitari pubblici a gestione diretta con la creazione delle aziende miste che rispondano alle esigenze del SSR come parte di esso;
- potenziamento dei servizi territoriali → intervento strutturale di medio-lungo periodo. È la vera sfida sull'efficientamento dei servizi sanitari per garantire i LEA;
- potenziamento dei sistemi di monitoraggio aziendale e regionale → intervento urgente al fine di portare avanti le riforme strutturali del sistema e consolidare la cultura della programmazione e del monitoraggio;
- certificazione della posizione debitoria e conseguenti operazioni di pagamento → intervento volto a chiudere le ingenti posizioni debitorie passate che altrimenti potrebbero compromettere l'attuazione degli interventi futuri.

Nelle regioni sottoposte ai piani di rientro è inoltre prevista l'individuazione di un *advisor* finanziario per la gestione delle operazioni di natura finanziaria e di un *advisor* contabile per il supporto contabile sia nella gestione della citata certificazione delle posizioni debitorie pregresse che nel supporto finalizzato al miglioramento della gestione contabile corrente. L'*advisor* contabile svolge anche la funzione di valutatore indipendente in ordine al monitoraggio contabile conseguente all'attuazione del piano di rientro.

5.4 - Piani di rientro sottoscritti delle regioni Piemonte e Puglia

In via ulteriore rispetto ai Piani di rientro sottoscritti nel 2007 e nel 2009, le regioni Piemonte e Puglia nel 2010 hanno sottoscritto degli Accordi contenenti i relativi Piani di rientro.

L'Accordo per il piano di rientro del Piemonte è stato sottoscritto il 29 luglio 2010 e quello della Puglia il 29 novembre 2010. I Piani di rientro di tali regioni, detti "Piani leggeri" sono caratterizzati da un minor dettaglio e da modalità di verifica espressamente previste nei rispettivi Accordi. Per tali regioni non è previsto l'obbligo della massimizzazione delle aliquote fiscali né l'obbligo di avvalersi di un *advisor* contabile.

Il Piemonte ha terminato il proprio Piano di rientro nell'anno 2017.

5.5 - Attuazione dei piani di rientro

Una volta formalizzato l'impegno regionale contenuto nel Piano di rientro si passa alla fase di attuazione. Tale fase si sostanzia in:

- predisposizione da parte della regione della bozza dei provvedimenti e delle azioni da adottare previsti nel piano di rientro;
- acquisizione del relativo parere da parte dei Ministeri affiancanti (Ministero della salute e Ministero dell'economia e delle finanze) in ordine alla coerenza con il piano di rientro. Qualora ritenuto urgente, il provvedimento può essere inviato ai Ministeri affiancanti dopo la sua adozione, con riserva di apportare le eventuali richieste di modifica da parte dei Ministeri affiancanti;
- adozione dei provvedimenti;
- verifica degli effetti previsti dei provvedimenti;
- verifica periodica della tenuta degli obiettivi programmati.

Si ricorda inoltre che, ai sensi della legge, i provvedimenti concernenti l'attuazione del piano di rientro sono vincolanti per la regione e possono comportare effetti di variazione dei provvedimenti normativi e amministrativi regionali già adottati dalla regione. Pertanto, qualora si rinvenissero provvedimenti in contrasto con l'attuazione del piano di rientro essi devono essere rimossi e, se il provvedimento è legislativo, la stessa legislazione nazionale ha indicato la procedura da seguire per la relativa rimozione (art. 2, co. 80 della L 191/2009).

5.6 - Attività di affiancamento

L'attività di affiancamento nell'attuazione dei piani di rientro è svolta dai Ministeri della salute e dell'economia e delle finanze principalmente attraverso il rilascio di pareri sui provvedimenti da adottarsi da parte della regione con riferimento alla coerenza rispetto agli obiettivi previsti dal piano di rientro e con la normativa nazionale.

L'Accordo per il piano di rientro ha previsto la costituzione di un apposito nucleo di affiancamento del quale fanno parte i Ministeri affiancanti.

La funzione di affiancamento è svolta anche mediante il SiVeAS che è il Sistema nazionale di verifica e controllo sull'assistenza sanitaria, istituito con Decreto 17 giugno 2006 presso il Ministero della salute, in attuazione dell'art. 1, co. 288, della L 266/2005. Il supporto tecnico è assicurato dalla Direzione generale della programmazione sanitaria del Dipartimento della qualità del Ministero della salute. Il SiVeAS, che ha l'obiettivo di provvedere alla verifica del rispetto dei criteri di appropriatezza e qualità delle prestazioni sanitarie erogate, coerentemente con quanto previsto dai LEA, e dei criteri di efficienza nell'utilizzo dei fattori produttivi, compatibilmente con i finanziamenti erogati, con la legge Finanziaria 2007 è stato investito dell'attività di affiancamento alle regioni con piani di rientro.

Sempre nell'ambito dell'attività di affiancamento è stato implementato il Sistema documentale dei piani di rientro mediante il quale ogni regione trasmette i provvedimenti concernenti l'attuazione del proprio piano.

Tale Sistema prevede l'attribuzione di un numero progressivo di protocollo in arrivo a ciascun documento inviato al fine di individuarlo univocamente e di legarlo ad uno degli obiettivi del piano di rientro. Successivamente il parere reso dai Ministeri affiancanti viene trasmesso alla regione sempre mediante l'attribuzione di un numero di protocollo in uscita al fine di individuarlo univocamente.

Il Sistema documentale costituisce il canale ufficiale di invio della documentazione concernente l'attuazione del piano di rientro.

A titolo esemplificativo, si riporta il numero dei provvedimenti pervenuti durante l'anno 2018, i relativi pareri resi entro il 31 dicembre 2018 e il numero delle richieste informative e di chiarimenti che sono state inviate dai Ministeri affiancanti.

Tab. 5.1: attività di affiancamento - Anno 2018

Regioni	Provvedimenti pervenuti	Pareri Resi	Pareri resi in riunione	Totale Pareri Resi	Richieste Ministeri
Abruzzo	185	11	82	93	1
Campania	216	2	116	118	
Molise	100	2	51	53	
Sicilia	91	3	59	62	1
Lazio	167	9	75	84	1
Calabria	123	23	60	83	2
Puglia	133	7	96	103	
TOTALE	1.015	57	539	596	5

È possibile evincere che durante l'anno solare 2018 sono pervenuti complessivamente 1.015 provvedimenti regionali e sono stati emessi 596 pareri dai Ministeri affiancanti. I Ministeri affiancanti hanno dovuto procedere a richiedere chiarimenti o notizie alle regioni complessivamente in 5 casi.

5.7 - Verifiche di attuazione dei piani di rientro

L'attuazione del piano di rientro, secondo quanto previsto da ciascun Accordo, è effettuata in seduta congiunta dal Tavolo adempimenti con il Comitato LEA. Sono previste ordinariamente delle verifiche trimestrali e verifiche annuali. Su decisione di Tavolo e Comitato possono essere previste ulteriori verifiche oppure le stesse possono anche essere richieste dalla regione.

Verifiche trimestrali. Le verifiche trimestrali si sostanziano nell'esame della documentazione trasmessa dalla regione per l'attuazione del piano di rientro, di norma con riferimento alle scadenze previste nel trimestre chiuso immediatamente prima della riunione.

Tali verifiche operano una valutazione della situazione economica che si sta prospettando per l'anno in corso al fine di verificarne la coerenza con l'obiettivo

programmato nel piano di rientro. Qualora si ravvisi uno scostamento in termini peggiorativi, la regione viene invitata a porre in essere tutte le iniziative per ricondurre la gestione nell'ambito degli equilibri programmati. Tali iniziative sono esaminate nella successiva verifica.

Verifica annuale. Nella verifica annuale del piano di rientro viene effettuato un bilancio dell'intero anno trascorso. Tale verifica avviene in occasione dell'esame del risultato di gestione dell'anno appena concluso ed è effettuata sulla base di quanto previsto dall'art. 1, c. 174 della L 311/2004. Rispetto alla procedura precedentemente illustrata, con riferimento al risultato di gestione dell'anno trascorso, per le regioni in piano di rientro si possono manifestare situazioni di equilibrio, avanzo o disavanzo. Si ricorda che il risultato di gestione sconta a copertura le entrate preordinate dal piano di rientro e cioè, le entrate regionali da massimizzazione delle aliquote fiscali e, fino all'anno 2009, le entrate derivanti dal fondo transitorio di accompagnamento. Qualora il risultato di gestione di un certo anno manifesti un avanzo, la regione può chiedere la rideterminazione in riduzione delle aliquote fiscali dell'anno d'imposta seguente fino alla concorrenza finanziaria del miglior risultato ottenuto. Viceversa, se il risultato di gestione evidenzia un disavanzo non coperto dalle risorse preordinate dal piano di rientro, secondo quanto previsto dalla legislazione vigente, scattano nel territorio della regione le ulteriori massimizzazioni delle aliquote e cioè l'ulteriore massimizzazione dell'IRAP di 0,15 punti percentuali e dell'Addizionale regionale all'IRPEF di 0,30% punti percentuali. Inoltre si applicano nel territorio della regione il blocco automatico del *turn over* del personale del SSR e il divieto di effettuare spese non obbligatorie. Entrambi i divieti operano fino alla fine dell'anno successivo a quello in cui viene effettuata la verifica, come novellato dalla legge di stabilità per l'anno 2015.

Oltre alla verifica dell'equilibrio finanziario, la verifica annuale è un vero e proprio bilancio dell'attuazione del piano di rientro anche sotto il profilo assistenziale nonché organizzativo.

Sulla base di quanto sopra riportato, le verifiche trimestrali e annuali possono avere esito positivo oppure negativo.

In relazione all'esito delle verifiche sono collegate le erogazioni delle risorse delle premialità pregresse e correnti e delle ulteriori risorse legate all'attuazione del piano di rientro (fondo transitorio di accompagnamento, ripiano disavanzi).

Alle verifiche di attuazione del piano di rientro partecipa di norma, laddove previsto, anche l'*advisor* contabile.

Le verifiche del risultato di gestione riguardanti le regioni Piemonte e Puglia che, come sopra detto, non sono soggette nel loro piano di rientro all'obbligo dell'incremento delle aliquote fiscali, avvengono con le medesime regole delle regioni non sottoposte a piano di rientro.

La legge dispone che delle verifiche annuali dei piani di rientro sia inviata copia alla Corte dei conti.

5.8 - Mancata attuazione del piano di rientro: diffida e commissariamento

Qualora dalla verifica di Tavolo adempimenti e Comitato LEA emergano dei gravi ritardi nell'attuazione del piano di rientro, il Presidente del Consiglio dei Ministri diffida la

regione ad adempiere entro la data riportata nella diffida. Successivamente il Tavolo adempimenti e il Comitato LEA sono chiamati a valutare gli atti adottati dalla regione e la loro congruità a recuperare il grave ritardo nell'attuazione del piano di rientro. Qualora la loro valutazione sia negativa, il Presidente del Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per l'attuazione del piano di rientro⁶⁵.

Al commissario viene conferito un mandato in ordine all'attuazione del Piano di rientro con la specificazione anche dei principali interventi da porre in essere. Il commissario agisce per conto del Governo al fine di dare attuazione al piano di rientro, i cui equilibri sono stati scontati nell'ambito degli equilibri di finanzia pubblica. Pertanto con il commissariamento la regione perde la sua potestà sulla sanità con particolare riferimento agli obiettivi nominati esplicitamente nel mandato commissariale. Se ritenuto opportuno dal Governo, il commissario può essere affiancato nell'attuazione del suo mandato da uno o più sub commissari ai quali viene conferito specifico mandato.

Attualmente, delle regioni sotto piano di rientro, risultano commissariate: Lazio, Campania, Molise e Calabria.

La Regione Abruzzo è stata sottoposta a commissariamento dall'anno 2008 e fino al 30 settembre 2016. Infatti, a seguito dell'esito positivo della verifica del 28 settembre 2016 da parte di Tavolo e Comitato, sono venute a cessare, con decorrenza 30 settembre 2016, i mandati commissariali conferiti al commissario e al Sub commissario. La regione, pertanto, è rientrata nell'esercizio delle funzioni precedentemente ricomprese nel mandato commissariale, nel rispetto della cornice normativa vigente in materia sanitaria e in materia di piani di rientro dai deficit sanitari, restando ferme le modalità di verifica e di affiancamento da parte dei Tavoli tecnici e dei Ministeri affiancanti, nei termini riportati nella delibera del Consiglio dei Ministri del 15 settembre 2016.

Da ultimo, si segnala l'introduzione di una speciale normativa relativa alla sola regione Calabria (DL 35/2019, convertito dalla L 60/2019), in relazione alle gravi inadempienze amministrative e gestionali riscontratesi nella stessa regione, che dispone, tra le altre cose, la possibilità per il Commissario *ad acta*, di nominare commissari straordinari per ciascuno degli Enti del servizio sanitario calabrese.

5.9 - Prosecuzione dei piani di rientro: i programmi operativi

Sulla base dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009, nella successiva legge finanziaria per l'anno 2010 (L 191/2009) è stato disposto che i piani di rientro delle regioni commissariate proseguono mediante programmi operativi. Resta fermo l'assetto della gestione commissariale e delle azioni di supporto contabile. Viene in ogni caso fatta salva la possibilità della regione di ripristinare la gestione ordinaria del piano di rientro mediante la presentazione di un nuovo piano di rientro che deve essere valutato nella sua congruità.

Ha terminato positivamente il piano di rientro la regione Liguria.

Le regioni commissariate Lazio, Campania, Molise e Calabria stanno proseguendo con la gestione commissariale mediante l'attuazione di programmi operativi. La regione

⁶⁵ L'articolo 1, commi 569 e 570 della Legge 190/2014 ha stabilito l'incompatibilità tra la nomina a Commissario *ad acta* e l'affidamento di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione commissariata. L'articolo 1, comma 396, della legge 232/2016 ha eliminato tale incompatibilità per le regioni già commissariate.

Abruzzo, non più commissariata, sta procedendo nell'attuazione di un piano di rientro adottato dalla Giunta regionale rientrata nell'esercizio dei poteri ordinari a seguito della cessazione del mandato commissariale.

Le regioni Sicilia e Puglia stanno proseguendo il piano di rientro mediante programmi operativi, ai sensi dell'art. 15, c. 20 del DL 95/2012, convertito con modificazioni dalla L 135/2012. La regione Piemonte ha concluso positivamente il piano di rientro nel 2017.

5.10 - Normativa per l'adozione di un piano di rientro a partire dall'anno 2010

La normativa vigente dall'anno 2010, come novellata dalla normativa in attuazione del Patto per la salute 2014-2016, prevede l'obbligatorietà del Piano di rientro per le regioni che presentano un disavanzo pari o superiore alla soglia del 5% del livello del finanziamento del SSR ovvero per le regioni per le quali, pur avendo un livello di disavanzo inferiore alla soglia del 5%, gli automatismi fiscali o altre risorse di bilancio della regione non garantiscano con la quota libera la copertura integrale del disavanzo (art. 2, comma 77 della L 191/2009).

Qualora venga accertato, dal Tavolo per la verifica degli adempimenti, il verificarsi delle condizioni sopra descritte, la regione interessata è tenuta a presentare un Piano di rientro elaborato con l'ausilio dell'AIFA e dell'AGENAS che contenga sia le misure di riequilibrio del profilo erogativo dei LEA, sia le misure per garantire l'equilibrio di bilancio sanitario in ciascuno degli anni compresi nel piano stesso.

Detto piano, approvato dalla regione, è valutato dalla Struttura tecnica di monitoraggio (STEM – art. 3, comma 2, dell'Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009) e dalla Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato, le Regioni e le Province Autonome di Trento e di Bolzano nei termini perentori rispettivamente di trenta e di quarantacinque giorni.

Il Consiglio dei Ministri accerta l'adeguatezza del piano presentato anche in mancanza dei pareri delle citate Struttura tecnica e Conferenza. In caso di riscontro positivo, il piano è approvato dal Consiglio dei Ministri ed è immediatamente efficace ed esecutivo per la regione. In caso di riscontro negativo, ovvero in caso di mancata presentazione del piano, il Consiglio dei Ministri nomina un commissario *ad acta* per la predisposizione, entro i successivi trenta giorni, del piano di rientro e per la sua attuazione per l'intera durata del piano stesso. A seguito della nomina del commissario *ad acta*, oltre all'applicazione degli automatismi previsti dall' art. 1, co. 174, della L 311/2004, in via automatica:

- sono sospesi i trasferimenti erariali alla regione a carattere non obbligatorio e decadono i direttori generali, amministrativi e sanitari degli enti del SSR, nonché dell'assessorato regionale competente;
- sono incrementate nelle misure fisse di 0,15 punti percentuali l'aliquota dell'Irap e di 0,30 punti percentuali l'addizionale all'IRPEF, con riferimento all'esercizio in corso alla data della delibera di nomina del commissario *ad acta*.

Resta fermo l'obbligo del mantenimento, per l'intera durata del piano, delle maggiorazioni dell'aliquota dell'imposta regionale sulle attività produttive e

dell'addizionale regionale all'IRPEF ove scattate automaticamente ai sensi dell'art. 1, co. 174, della L 311/2004.

La verifica dell'attuazione del Piano di rientro avviene con periodicità trimestrale e annuale, ferma restando la possibilità di procedere a verifiche ulteriori previste dal Piano stesso o straordinarie ove ritenute necessarie da una delle parti.

Qualora dall'esito delle verifiche predette emerga l'inadempienza della regione, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, il Consiglio dei Ministri diffida la regione interessata ad attuare il piano, adottando altresì tutti gli atti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali idonei a garantire il conseguimento degli obiettivi in esso previsti. In caso di perdurante inadempienza, accertata dai Tavoli tecnici, il Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministro della salute e sentito il Ministro per i rapporti con le regioni, in attuazione dell'art. 120 della Costituzione, nomina un commissario *ad acta* per l'intera durata del piano di rientro. Il commissario adotta tutte le misure indicate nel piano, nonché gli ulteriori atti e provvedimenti normativi, amministrativi, organizzativi e gestionali da esso implicati in quanto presupposti o comunque correlati e necessari alla completa attuazione del piano. Il commissario verifica altresì la piena ed esatta attuazione del piano a tutti i livelli di governo del sistema sanitario regionale.

Per nessuna regione a statuto ordinario si sono verificate le condizioni per la sottoscrizione del piano di rientro introdotte a partire dall'anno 2010. Alla Regione Sardegna, che ha registrato alti disavanzi annuali, peraltro non integralmente coperti, è stato chiesto di predisporre un piano di rientro.

In materia di commissariamento l'art. 12 del Patto per la salute 2014-2016 ha innovato rispetto a quanto previsto dalla precedente Intesa Stato-Regioni del 3 dicembre 2009. Le principali novità sono di seguito elencate:

- la nomina a commissario *ad acta* è incompatibile con l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento (non si applica alle regioni già commissariate – vedi art 1, co 396, della L 232/2016);
- il Commissario *ad acta*, ove nominato, deve possedere un *curriculum* che evidenzia qualifiche e comprovate professionalità ed esperienza di gestione sanitaria anche in base ai risultati in precedenza conseguiti;
- i Sub commissari svolgono attività a supporto dell'azione del commissario, essendo il loro mandato vincolato alla realizzazione di alcuni o di tutti gli obiettivi affidati al commissario con il mandato commissariale, avvalendosi del personale, degli uffici e dei mezzi necessari all'espletamento dell'incarico di cui all'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito, con modificazioni, dalla L 222/2007;
- il Commissario *ad acta* qualora, in sede di verifica annuale ai sensi dell'art. 2, co. 81, della L 191/2009, riscontri il mancato raggiungimento degli obiettivi del piano di rientro, così come specificati nei singoli contratti dei direttori generali, propone, con provvedimento motivato, la decadenza degli stessi, dei direttori amministrativi e sanitari degli enti del servizio sanitario regionale, in applicazione dell'art. 3-bis, co. 7 del DLgs 502/1992 e ss.mm.ii.

Tali modifiche, introdotte dal Patto per la salute 2014-2016, sono state successivamente recepite all'art. 1, commi da 569 a 572, dalla L 190/2014 (Legge di stabilità 2015). Le suddette disposizioni si applicano alle nomine effettuate, a qualunque

titolo, successivamente alla data di entrata in vigore della suddetta legge di stabilità 2015. Si applicano inoltre anche ai commissariamenti disposti ai sensi dell'art. 4, co. 2 del DL 159/2007, convertito dalla L 222/2007 e ss.mm.ii, salvo quanto disposto dal citato art 1, co 395, della L 232/2016).

Il Patto per la salute 2014-2016 ha introdotto, inoltre, la necessità di ridefinire il sistema di governo dei piani di rientro con processi di qualificazione dei SSR. A tal fine, per quanto concerne i nuovi programmi operativi, ma anche per quelli già in corso di svolgimento che possono eventualmente essere aggiornati, ha previsto che vengano individuati obiettivi e azioni finalizzate alla chiara definizione dei processi di *governance* regionale, aziendalizzazione, verifica e controllo. Ha inoltre previsto l'individuazione di interventi di riorganizzazione e riqualificazione del SSR idonei a garantire congiuntamente il perseguimento dei LEA e dell'equilibrio economico-finanziario nell'ambito della cornice finanziaria programmata e nel rispetto della normativa vigente, assicurando la coerenza nelle articolazioni aziendali. Al riguardo è stato, altresì, previsto un potenziamento dell'attività di affiancamento tecnico-operativa dell'AGENAS nella fase di verifica dei piani di rientro.

Inoltre è stata prevista la realizzazione di un efficace sistema di monitoraggio e supporto alle Regioni, che consenta di intervenire prima che si realizzino le condizioni, ai sensi della normativa vigente, che impongono l'adozione dei piani di rientro. A tal fine è prevista la realizzazione, da parte di Agenas, di uno specifico sistema di monitoraggio, analisi e controllo dell'andamento dei singoli Sistemi Sanitari Regionali, che consenta di rilevare in via preventiva, attraverso un apposito meccanismo di allerta, eventuali e significativi scostamenti delle *performance* delle Aziende sanitarie e dei SSR, in termini di qualità, sicurezza, efficacia, efficienza, appropriatezza ed equità dei servizi erogati.

Da ultimo, l'articolo 25-septies del DL 119/2018, convertito dalla L 136/2018 ha reintrodotto l'incompatibilità tra il ruolo di Commissario e l'affidamento o la prosecuzione di qualsiasi incarico istituzionale presso la regione soggetta a commissariamento, anche con riferimento ai commissariamenti in essere.

5.11 - Semplificazione e razionalizzazione dei piani di rientro

Alla luce delle esperienze nella gestione pluriennale dei piani di rientro, Il Patto per la salute 2014-2016, all'art. 12, ha introdotto, tra l'altro, una semplificazione e razionalizzazione delle procedure di verifica dei provvedimenti attuativi del piano di rientro. È infatti prevista l'individuazione di nuove modalità di verifica degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA e procedure di semplificazione e di aggiornamento nella fase attuativa dei Programmi operativi in atto, sempre con riferimento agli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA, sulla base dello stato di avanzamento delle azioni programmate. Tale procedura di semplificazione del monitoraggio degli obiettivi connessi all'erogazione dei LEA dovrà prevedere esclusivamente l'individuazione di alcune aree prioritarie di intervento in materia di erogazione dei LEA e relativo cronoprogramma e modalità di attuazione, tenuto conto di quanto previsto nel programma operativo in relazione agli obiettivi strutturali del Piano stesso. A partire dall'anno 2015 è stata data attuazione alla semplificazione dei programmi operativi sulla base di una metodologia condivisa.

5.12 - Piani di rientro aziendali

La legge 28 dicembre 2015 n. 208 (Legge di stabilità 2016) all'art 1, co 524, 525 e 526, introduce i Piani di rientro aziendali, da sottoscrivere da parte delle Aziende ospedaliere (AO), Aziende ospedaliere universitarie (AOU) e Istituti di ricovero e cura a carattere scientifico (IRCCS) pubblici come strumenti per il perseguimento dell'efficienza gestionale delle aziende stesse da approvarsi ai sensi dell'articolo 1, commi 529 e 530 della medesima legge n. 208/2015. Nel dettaglio, il comma 524 dell'articolo 1 (come modificato dall'art 1, co 390, della Ln. 232/2016) dispone che ciascuna regione, entro il 30 giugno di ciascun anno, individua, con apposito provvedimento della Giunta regionale, ovvero del commissario *ad acta*, ove nominato ai sensi dell'articolo 2, commi 79 e 83, della legge n. 191/2009, e dell'articolo 4, commi 1 e 2, del decreto-legge n. 159/2007, le AO, le AOU, gli IRCCS o gli altri enti pubblici che erogano prestazioni di ricovero e cura, ad esclusione degli enti di cui al comma 536, che presentano una o entrambe le seguenti condizioni:

- uno scostamento tra costi rilevati dal modello di rilevazione del Conto economico (CE) consuntivo e ricavi determinati come remunerazione dell'attività, ai sensi dell'articolo 8-sexies del decreto legislativo 30 dicembre 1992, n. 502, e successive modificazioni, pari o superiore al 7 per cento dei suddetti ricavi, o, in valore assoluto, pari ad almeno 7 milioni di euro. Le modalità di individuazione dei costi e di determinazione dei ricavi sono individuate dal decreto di cui al comma 526;
- il mancato rispetto dei parametri relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure, valutato secondo la metodologia prevista dal decreto di cui al comma 526.

Il successivo comma 528 dispone che gli enti così individuati presentano alla regione, entro i novanta giorni successivi all'emanazione del provvedimento di individuazione, il piano di rientro di durata non superiore al triennio, contenente le misure atte al raggiungimento dell'equilibrio economico-finanziario e patrimoniale e al miglioramento della qualità delle cure o all'adeguamento dell'offerta, al fine di superare ciascuno dei disallineamenti rilevati.

Con successivo Decreto 21 giugno 2016 del Ministero della salute di concerto con il Ministero dell'economia e finanze, in attuazione dell'art 1, co 526, della richiamata L 208/2015, sono state disciplinate:

- la metodologia per l'individuazione dei costi e per la determinazione dei ricavi delle AO, delle AOU e degli IRCCS, per la determinazione dello scostamento ai sensi dell'art 1, co 524, lettera a), della L n. 208/2015;
- la metodologia per l'individuazione degli ambiti assistenziali e la definizione dei parametri di riferimento relativi a volumi, qualità ed esiti delle cure;
- le linee guida per la predisposizione dei Piani di cui all'art 1, co 528, della citata L n. 208/2015.

La Corte Costituzionale, con la sentenza n. 192 del 2017, ha dichiarato l'illegittimità dell'articolo 1, commi 526 e 536 della legge n. 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i decreti ministeriali ivi contemplati siano emanati "sentita" la Conferenza Stato-Regioni anziché d'intesa con la stessa Conferenza. La Corte Costituzionale ha dichiarato altresì l'illegittimità dell'articolo 1, commi 524, 525 e 529 della predetta legge 208 del 2015 nella parte in cui prevede che i provvedimenti ivi contemplati siano adottati dalla Giunta regionale.

A seguito di tale sentenza è in corso l'iter di acquisizione dell'intesa da parte della Conferenza Stato-Regioni.

5.13 - Normativa sulla rimodulazione in riduzione delle aliquote fiscali preordinate per l'equilibrio dei piani di rientro

Come precedentemente riportato, le regioni in piano di rientro sono tenute al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali Irap e addizionale Irpef durante la vigenza del piano di rientro.

L'art. 1, co. 796, lett. b) della L 296/2006 (legge finanziaria per l'anno 2007) prevede che, qualora sia verificato che il rispetto degli obiettivi intermedi previsti dal piano di rientro sia stato conseguito con risultati quantitativamente migliori, la regione interessata possa ridurre, con riferimento all'anno d'imposta dell'esercizio successivo a quello di riferimento del risultato di gestione, l'addizionale all'IRPEF e l'aliquota dell'IRAP per la quota corrispondente al miglior risultato ottenuto. Tale disposizione è stata confermata dall'art. 2, co. 80, della L 191/2009, prevedendo inoltre che analoga misura di attenuazione si possa applicare anche al blocco automatico del *turn over* e al divieto di effettuare spese non obbligatorie in presenza delle medesime condizioni di attuazione del piano.

Successivamente l'art. 2, c. 6 del DL 120/2013 ha integrato il predetto art. 2, c. 80 della L 191/2009, prevedendo che a decorrere dal 2013 alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo biennio di esecuzione del Piano di rientro, ovvero del programma operativo di prosecuzione dello stesso, verificato dai competenti Tavoli tecnici, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, decrescente e inferiore al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore medio annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo biennio. Alle regioni che presentano, in ciascuno degli anni dell'ultimo triennio, un disavanzo sanitario, di competenza del singolo esercizio e prima delle coperture, inferiore, ma non decrescente, rispetto al gettito derivante dalla massimizzazione delle predette aliquote, è consentita la riduzione delle predette maggiorazioni, ovvero la destinazione del relativo gettito a finalità extrasanitarie riguardanti lo svolgimento di servizi pubblici essenziali e l'attuazione delle disposizioni di cui al DL 35/2013, in misura tale da garantire al finanziamento del SSR un gettito pari al valore massimo annuo del disavanzo sanitario registrato nel medesimo triennio. Le predette riduzioni o destinazione a finalità extrasanitarie sono consentite previa verifica positiva dei medesimi Tavoli e in presenza di un Programma operativo approvato dai citati Tavoli, ferma restando l'efficacia degli eventuali provvedimenti di riduzione delle aliquote dell'addizionale regionale all'Irpef e dell'Irap secondo le vigenti disposizioni. In una prima fase hanno potuto usufruire di tale normativa le Regioni Abruzzo, Sicilia e Campania.

A partire dall'anno d'imposta 2019 la normativa sarà applicata anche per la Regione Lazio.

CAPITOLO 6 - Tessera sanitaria

6.1 - Sistema Tessera Sanitaria

Il Sistema TS, istituito ai sensi dell'art. 50 della L 326/2003, è finalizzato alla rilevazione telematica, su tutto il territorio nazionale, delle prescrizioni mediche e delle prestazioni di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, al fine di potenziare il monitoraggio della spesa pubblica nel settore sanitario e delle iniziative per la realizzazione di misure di appropriatezza delle prescrizioni, nonché per l'attribuzione e la verifica del *budget* di distretto, di farmacovigilanza e sorveglianza epidemiologica.

Il Dipartimento della RGS è titolare del Sistema, realizzato per il tramite dell'Agenzia delle entrate e SOGEI⁶⁶, sulla base di specifica Convenzione. Le fasi progettuali attuative sono convenute con il Ministero della salute, l'AIFA e le regioni nonché, per gli aspetti di competenza, con il Dipartimento dell'Innovazione e tecnologie della Presidenza del Consiglio dei Ministri, l'Agenzia per l'Italia digitale, il Garante per la protezione dei dati personali, e le associazioni di categoria interessate (medici, farmacisti).

In particolare, il Sistema TS, innovativo nell'ambito della sanità elettronica a livello europeo, consente la tracciatura puntuale, tempestiva e standardizzata di tutte le fasi dell'iter prescrittivo delle ricette mediche farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, dalla fase di prescrizione da parte del medico (primo ordinatore della spesa sanitaria) alla fase finale di erogazione della prestazione da parte delle strutture pubbliche e private convenzionate con il SSN.

Vista la rilevanza di tali informazioni ai fini della programmazione finanziaria e del monitoraggio del settore sanitario sia a livello nazionale che regionale e delle singole aziende sanitarie, l'attuazione e l'adesione al Sistema TS da parte delle regioni costituisce adempimento regionale ai fini dell'accesso alla quota premiale del finanziamento del SSN.

Il Sistema TS è stato avviato a partire dall'anno 2003 con la preliminare fase di individuazione degli assistiti del SSN e successiva distribuzione della tessera sanitaria ai medesimi assistiti dotati di codice fiscale, la quale consente la individuazione univoca del soggetto fruitore della prestazione e le relative analisi di appropriatezza prescrittiva.

A fronte della preliminare fase di impianto, il Sistema della rilevazione telematica delle prestazioni erogate a carico del SSN di farmaceutica e specialistica ambulatoriale risulta a regime in tutte le regioni, a partire dall'anno 2009. Attraverso i procedimenti di controllo puntuale e congiunto con le regioni dei dati rilevati, negli ultimi anni la rilevazione è progressivamente migliorata in termini qualitativi e di completezza.

Pertanto, le ASL, le Regioni, il Ministero della salute, l'AIFA e il Ministero dell'economia e delle finanze, per gli ambiti di propria competenza, possono disporre in modo dettagliato, tempestivo, standardizzato e completo delle informazioni necessarie per la corretta programmazione ed il corretto monitoraggio del settore sanitario.

⁶⁶ Società Generale d'Informatica SPA – Società del Ministero dell'economia e delle finanze.

Le successive evoluzioni del Sistema TS hanno consentito il potenziamento degli strumenti di controllo, mediante la verifica puntuale delle esenzioni per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, la realizzazione della ricetta elettronica con il collegamento telematico dei medici prescrittori, nonché i progressi compiuti verso la dematerializzazione delle ricette mediche.

Più recentemente, il legislatore ha previsto l'utilizzo dell'infrastruttura TS per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. In particolare, l'art. 3 del DLgs 175/2014 ha disposto, a decorrere dall'anno 2015, la trasmissione delle spese per prestazioni sanitarie (*ticket* e spesa privata) erogate dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri. Successivamente, la legge di stabilità per l'anno 2016 ha previsto l'ampliamento della platea dei soggetti obbligati alla trasmissione, includendo pure le strutture sanitarie autorizzate dal SSN. Nel corso del 2016, l'obbligo di trasmissione tramite il Sistema TS è stato esteso anche alle parafarmacie, agli ottici e ad alcune categorie di professionisti quali: i veterinari, i tecnici sanitari di radiologia, gli infermieri, gli psicologi, le ostetriche/ci. Tale ampliamento è stato previsto tramite l'emanando decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, attuativo dell'art. 3, c. 4 del DLgs 175/2014.

Con il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018 sono state previste le ulteriori funzionalità del Sistema TS volte alla consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, come previsto dall'art. 3, comma 3-bis del DLgs 175/2014 (introdotto dalla Legge di stabilità per l'anno 2016), affinché tutti gli assistiti (anche coloro che non sono interessati alla dichiarazione dei redditi precompilata) possano consultare *on-line* le proprie spese sanitarie.

Il medesimo decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, inoltre, disciplina le nuove funzionalità del Sistema TS di interoperabilità con l'Agenzia delle entrate, per consentire al contribuente, accedendo al sito dell'Agenzia delle entrate, la c.d. "compilazione agevolata" delle spese sanitarie e veterinarie della dichiarazione dei redditi precompilata.

La legge di bilancio 2017 (L 232/2016) ha previsto un ulteriore ampliamento del ruolo del Sistema TS ai fini della realizzazione del sistema di interoperabilità e di sussidiarietà del Fascicolo Sanitario Elettronico. Tale progetto costituisce un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica finalizzato al potenziamento della disponibilità di informazioni ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie (ad esempio, pronto soccorso: disponibilità dell'intera storia clinica del paziente nonché delle relative informazioni anagrafiche), con conseguente efficientamento dell'impiego delle risorse e miglioramento dell'appropriatezza delle cure. Con il decreto del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, è stata definita la nuova architettura dell'infrastruttura del FSE, definita congiuntamente con AgID e le regioni, sulla base delle indicazioni del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti la tutela della riservatezza dei dati personali.

Le informazioni rilevate tramite il Sistema TS risultano importanti anche sotto il profilo del monitoraggio dei requisiti di efficienza ed appropriatezza nell'erogazione delle prestazioni sanitarie, disposte con ricetta medica. L'analisi statistica dei dati si basa prevalentemente su un approccio comparativo, che presuppone la costruzione di indicatori appropriati e confrontabili sia in senso temporale (confronto fra anni) che territoriale (confronto fra regioni). Tale analisi si rende possibile grazie alla sostanziale completezza

delle informazioni e al raggiungimento di un adeguato livello di omogeneità e affidabilità dei dati rilevati.

Il Sistema TS rappresenta la realizzazione di un progetto innovativo che colloca il nostro Paese all'avanguardia nel confronto con altri *partners* europei. Tale risultato è stato possibile grazie ad una chiara definizione degli obiettivi e all'adozione di interventi e correttivi funzionali alla loro realizzazione. Il dettaglio relativo alla descrizione del Sistema TS e della sua evoluzione è riportato nei paragrafi che seguono. Nello stesso capitolo si fornisce anche una descrizione dei profili per età e sesso del consumo pro capite relativo alla spesa farmaceutica e per visite specialistiche, a livello nazionale e per aree geografiche.

La base dati rilevata tramite il Sistema tessera sanitaria (Sistema TS) costituisce una fonte informativa importante per l'attività di analisi e monitoraggio della spesa sanitaria pubblica per quanto riguarda le prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale, con particolare riferimento alla valutazione comparativa dei parametri di efficienza ed appropriatezza delle prescrizioni mediche.

La suddetta base dati costituisce, inoltre, la principale fonte informativa per la stima del consumo sanitario pro capite relativo alla spesa farmaceutica e specialistica, distribuito per età e sesso. Tali stime sono impiegate nei modelli di previsione di medio-lungo periodo del Dipartimento della Ragioneria generale dello Stato (RGS) ed utilizzati dalla Commissione Europea per le previsioni di lungo periodo delle componenti di spesa pubblica *age-related*⁶⁷.

6.2 - Monitoraggio delle prescrizioni mediche tramite il Sistema TS

6.2.1 - Fase 1: Rilevazione telematica delle prestazioni erogate

Dopo una fase preliminare di implementazione, il sistema di rilevazione telematica delle prestazioni di farmaceutica e specialistica ambulatoriale erogate a carico del SSN, indicato come "Sistema TS", risulta a regime in tutte le regioni, a partire dall'anno 2009. Attualmente, esso gestisce circa 800 milioni di ricette su base annua, secondo il processo di seguito illustrato.

Al momento della prescrizione di una prestazione di farmaceutica e di specialistica ambulatoriale e della relativa erogazione a carico del SSN, il Sistema TS, attraverso l'interconnessione telematica di tutti i medici delle strutture erogatrici, provvede, con modalità univoche e standardizzate, alla rilevazione telematica delle seguenti informazioni:

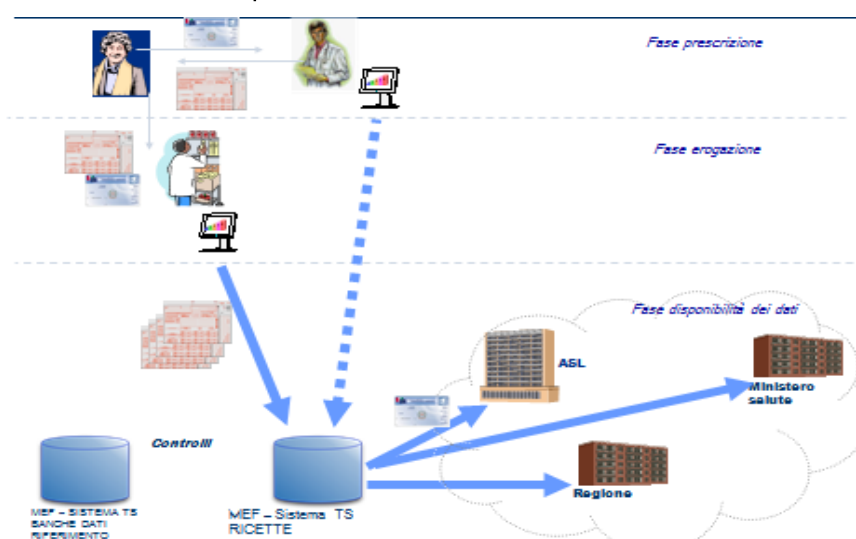
- medico prescrittore (medici di base convenzionati con il SSN e medici specialisti dipendenti);
- assistito fruitore della prestazione, sia nel caso di cittadini italiani identificati attraverso il codice fiscale riportato sulla propria tessera sanitaria e assistiti da parte del Servizio Assistenza al Personale Navigante (SASN), che nel caso di stranieri (stranieri temporaneamente presenti, titolari di Tessera Europea di Assicurazione di Malattia – TEAM, ecc.);

⁶⁷ Ministero dell'economia e delle finanze (2019).

- esenzione dell'assistito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria, sia per condizione reddituale che per patologia;
- struttura sanitaria erogatrice: farmacie territoriali pubbliche e private, ospedali, case di cura, ambulatori pubblici e privati convenzionati;
- prestazione erogata a carico del SSN;
- costo della prestazione ed eventuale importo della compartecipazione (c.d. "ticket" pagato).

Il Sistema TS fornisce alla verifica delle informazioni rilevate, attraverso l'interconnessione con altre banche dati di riferimento del Ministero della salute (prontuari, nomenclatori delle prestazioni a carico del SSN) e delle ASL/regioni.

Fig. 6.1: sistema TS – Descrizione del processo



In virtù delle suddette procedure informatizzate, a regime in tutte le regioni dal 2009, il Sistema TS (Fig. 6.1) costituisce il "collettore" centrale del patrimonio informativo delle ricette mediche relative alle prestazioni farmaceutiche e di specialistica ambulatoriale, il quale viene reso disponibile mensilmente (entro il giorno 20 del mese successivo a quello di erogazione delle prestazioni), nel rispetto delle indicazioni del Garante per la protezione dei dati personali, alle ASL competenti, sotto forma di dati individuali comprensivi del codice fiscale dell'assistito, nonché alle Regioni, al Ministero della salute e all'AIFA, sotto forma di dati individuali anonimizzati. La realizzazione del sistema di rilevazione telematica dei dati delle prescrizioni mediche ha comunque salvaguardato eventuali investimenti regionali già attivati per la predisposizione di sistemi informativi con medesime finalità, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema TS (art. 50, co. 11 della L 326/2003), quali ad esempio quelli delle regioni Lombardia, Friuli Venezia Giulia, Emilia Romagna, Toscana, Marche.

La realizzazione del Sistema TS ha consentito di potenziare, uniformemente su tutto il territorio nazionale⁶⁸, gli strumenti di programmazione finanziaria e di monitoraggio del

⁶⁸ Precedentemente, solo alcune regioni/ASL disponevano di tali informazioni che, comunque, risultavano parziali, tardive e non standardizzate e, quindi, non confrontabili fra le diverse realtà territoriali.

settore sanitario, tramite la definizione di specifici indicatori. Ciò sia a livello nazionale che regionale nonché delle singole aziende sanitarie (Tab. 6.1).

Tab. 6.1: caratteristiche del Sistema TS

	Sistemi regionali/locali ANTE Sistema TS	Impianto anagrafi di riferimento (dal 2003) Fase 0	Prestazioni erogate (dal 2009) Fase 1
Modalità di realizzazione	Lettura ottica ricette cartacee farmaceutica Sporadici sistemi di specialistica	Ricognizione e allineamento	Rilevazione telematica
Tempestività	Disponibilità dati (consumi) > 3 mesi	Giornaliera	Entro il 20 del mese successivo
Livello di controllo dei dati	Basso	Elevato (incrocio banche dati certificate e distribuzione Tesserata Sanitaria)	Elevato (incrocio banche dati certificate)
Standardizzazione	Carente - sistemi eterogenei	Standard NSIS - Confrontabilità nazionale	
Disponibilità dei dati prescrizioni	Limitata al livello regionale	Amministrazioni centrali, regioni, ASL (secondo i livelli di autorizzazione al trattamento)	
Copertura	Sistemi parziali presenti solo in alcune regioni	Copertura nazionale	Copertura nazionale e tutte le ricette farmaceutica e specialistica
Riservatezza - privacy	Carente - sistemi eterogenei	Elevata (separazione dati sensibili, accedibili solo ai soggetti autorizzati al trattamento)	

6.2.2 - Fase 2: Ricetta elettronica

La legge finanziaria per l'anno 2007 ha previsto, nell'ambito del Sistema TS, il collegamento telematico dei medici prescrittori, per l'attuazione della c.d. ricetta elettronica, secondo le modalità definite con DPCM del 26/3/2008⁶⁹.

Tale dispositivo, attivato dall'anno 2010 in tutte le regioni, consente la verifica in tempo reale delle ricette prescritte e delle relative prestazioni erogate a carico del SSN, potenziando significativamente le capacità di controllo dell'appropriatezza prescrittiva.

Attualmente risultano collegati telematicamente al Sistema circa 52 mila medici convenzionati, oltre ai medici specialisti ospedalieri. Ciò consente il confronto fra le prestazioni prescritte dal singolo medico e quelle erogate dalle strutture sanitarie, monitorando, in particolare:

- la corretta prescrizione del principio attivo dei farmaci, in conformità con le modalità previste dall'articolo 15 del decreto legge n. 95/2012. Tale disposizione, infatti, ha previsto l'obbligo per il medico di indicare sulla ricetta il principio attivo del farmaco e, in caso di prescrizione dei farmaci "di marca", di indicare anche la relativa motivazione (c.d. clausola di non sostituibilità);
- i comportamenti prescrittivi in materia dei farmaci a brevetto scaduto;
- inoltre, consente alle ASL le verifiche di appropriatezza clinica, attraverso la correlazione fra le prestazioni erogate all'assistito e la diagnosi indicata dal medico sulla ricetta.

6.2.3 - Fase 3: Dematerializzazione delle ricette mediche

La dematerializzazione delle ricette mediche, introdotta con il decreto legge n. 78/2010, il decreto ministeriale del 2/11/2011 ed il decreto legge n.179/2012 (Agenda digitale), prevede la completa eliminazione del supporto cartaceo della ricetta nell'intero iter che va dalla fase di prescrizione del medico, alla erogazione della prestazione, al successivo controllo e rendicontazione. Tale applicativo consente un ulteriore potenziamento dell'accuratezza e tempestività dei controlli di appropriatezza prescrittiva.

⁶⁹ Vengono, comunque, salvaguardati gli investimenti regionali dei sistemi informativi già realizzati in materia, purché riconosciuti conformi agli *standard* del Sistema (art. 4 del DPCM del 26 marzo 2008).

La realizzazione del progetto, avviata nel corso dell'anno 2013, è programmata secondo i piani di diffusione convenuti con le singole regioni, in coerenza con gli obiettivi di progressiva dematerializzazione fissati dall'Agenda digitale.

La suddetta innovazione consente, oltre alla semplificazione delle attività di gestione da parte delle ASL della documentazione cartacea, la certificazione dei dati delle ricette sia in fase di prescrizione che di erogazione, al fine di migliorare la qualità dei dati del sistema, evitando errori, duplicazioni, nonché eventuali truffe e falsificazioni. Ciò viene conseguito attraverso i seguenti controlli effettuati in tempo reale:

- esistenza del nominativo dell'assistito, già in fase di prescrizione, tramite l'interconnessione con la banca dati degli assistiti;
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per reddito, secondo le procedure del Sistema di cui al decreto ministeriale dell'11/12/2009 (cfr. paragrafo 3.3);
- esistenza del diritto dell'assistito alle esenzioni per patologia, solo in relazione alle prestazioni correlate a tale patologia;
- esistenza del farmaco da erogare, attraverso l'interconnessione con la banca dati dei bollini farmaceutici del Ministero della salute, nonché la verifica che la medesima confezione del farmaco non sia stata già erogata in precedenza.

Più in dettaglio, il processo per la generazione della ricetta digitale dematerializzata prevede l'interconnessione in tempo reale fra il Sistema centrale TS (c.d. Sistema di accoglienza centrale – SAC) e i medici prescrittori, le farmacie e le strutture di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, anche per il tramite delle infrastrutture di eventuali sistemi di accoglienza regionali (c.d. SAR) riconosciuti conformi agli standard previsti dal DM 2/11/2011. Attraverso tale interconnessione:

- il medico collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR) genera la ricetta elettronica (in sostituzione della ricetta cartacea) la quale viene memorizzata nel Sistema TS a livello centrale e identificata tramite un codice univoco nazionale (c.d. Numero di ricetta elettronica – NRE). Il Sistema TS procede alla registrazione della ricetta solo se i dati ivi riportati (codice fiscale e dati anagrafici dell'assistito, eventuali esenzioni, prestazione da erogare) risultano corretti;
- al momento della generazione della ricetta elettronica dematerializzata, il medico rilascia al paziente un promemoria cartaceo che contiene i dati della ricetta dematerializzata a garanzia del fatto di poter ricevere la prestazione anche in caso di emergenza e malfunzionamento del Sistema;
- sono previste casistiche per le quali il medico continuerà a prescrivere su ricetta cartacea (stupefacenti, visite domiciliari, situazioni di emergenza, indisponibilità del sistema);
- al momento della erogazione del farmaco ovvero della prestazione di specialistica ambulatoriale, l'assistito presenta il promemoria unitamente alla tessera sanitaria. La farmacia ovvero la struttura di erogazione delle prestazioni di specialistica ambulatoriale collegandosi al Sistema centrale TS (anche attraverso eventuali SAR), ricerca la ricetta elettronica dematerializzata attraverso il NRE riportato sul promemoria e il codice fiscale riportato sulla tessera sanitaria e, se la ricetta non risulta ancora spesa, procede ad erogare la prestazione comunicando al Sistema TS (anche attraverso eventuali SAR) le informazioni sulla prestazione erogata (ad esempio dati della fustella del farmaco), ritira obbligatoriamente il promemoria cartaceo e provvede alla rendicontazione alla ASL delle prestazioni erogate secondo le vigenti

disposizioni. In tal modo, il Sistema garantisce che la ricetta possa essere spesa una sola volta.

Per quanto riguarda lo stato di avanzamento del progetto sul territorio nazionale (secondo i piani di diffusione convenuti tra le regioni, il Ministero dell'economia e delle finanze e il Ministero della salute), il Sistema di dematerializzazione delle ricette farmaceutiche risulta a regime in tutte le regioni. In considerazione dell'avanzato stato di diffusione di tali procedure, è stato emanato il DPCM 14/11/2015⁷⁰, a fronte del quale è stata introdotta dal 1/3/2016 l'estensione della validità su tutto il territorio nazionale delle ricette farmaceutiche dematerializzate a carico del SSN (precedentemente valide solo in ambito regionale), ai fini della semplificazione dell'accesso da parte del cittadino alle prestazioni sanitarie farmaceutiche.

Ai sensi dell'art. 4 del DPCM 14/11/2015, è in corso di realizzazione l'estensione dell'utilizzo e della circolarità della ricetta farmaceutica dematerializzata anche ai farmaci con piano terapeutico AIFA ed a tutti i farmaci distribuiti attraverso modalità diverse dal regime convenzionale.

6.2.4 - Strumenti di analisi dei dati delle prescrizioni e delle prestazioni a carico del SSN

Il Sistema TS mette a disposizione delle regioni/ASL, oltre ai dati di dettaglio, anche una strumentazione di supporto alle decisioni sia nella fase di programmazione e monitoraggio della spesa sanitaria che in quella di verifica dell'appropriatezza prescrittiva. Ciò avviene attraverso la predisposizione di *report* di analisi, resi disponibili tramite il c.d. "Cruscotto TS", che organizzano le informazioni raccolte per singolo medico, paziente, prestazione e struttura erogatrice⁷¹. In particolare, il Cruscotto TS mette a disposizione i seguenti strumenti di analisi e valutazione:

- per quanto riguarda il settore farmaceutico, rende disponibile la reportistica per il monitoraggio mensile dei consumi e della spesa in farmaci, per singola categoria AIC (Autorizzazione Immissione in Commercio) e singola confezione, per singolo medico, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva. In particolare, ai fini del monitoraggio dei farmaci generici, il Cruscotto riporta mensilmente i dati relativi ai consumi dei farmaci a brevetto scaduto e, in particolare, le tabelle inerenti gli indicatori individuati dall'AIFA (art. 11, co. 7-bis del DL 78/2010), come descritti nel Box 6.1. Inoltre, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva dei medici, il Cruscotto rende disponibile alle ASL le schede di riepilogo mensile (c.d. scheda medico) delle seguenti informazioni: farmaci e prestazioni specialistiche prescritte, con l'indicazione della percentuale dei farmaci a brevetto scaduto, confrontata con la media aziendale, regionale e nazionale;
- con riferimento al settore delle prestazioni di specialistica ambulatoriale, il Cruscotto contiene la reportistica per il monitoraggio regionale della spesa e dei consumi, anche relativi alle prestazioni c.d. "suggerite" dai medici specialisti, nonché analisi per branca specialistica (prestazioni cliniche, laboratorio, diagnostica). La reportistica consente anche il monitoraggio dei *ticket* nazionali, nonché dei *ticket* introdotti a

⁷⁰ Decreto attuativo dell'art. 13, co. 2 del DL 179/2012.

⁷¹ Il Cruscotto TS è accessibile, in modalità riservata, al seguente indirizzo web: www.sistemats.it.

livello regionale. Inoltre, specifici report consentono, per singola struttura erogatrice privata convenzionata con il SSN (c.d. “scheda struttura”), la verifica mensile degli andamenti delle prestazioni erogate rispetto ai *budget* prefissati a livello regionale e aziendale. Infine, sono resi disponibili i dati necessari per il monitoraggio regionale dei tempi di attesa. Infatti, il Piano nazionale sui tempi di attesa 2010-2012 prevede che il flusso ufficiale per tale monitoraggio sia proprio quello rilevato tramite il Sistema TS;

- riguardo alla mobilità sanitaria interregionale, il Cruscotto contiene la reportistica per la tracciabilità mensile, per ogni singola regione, delle prestazioni erogate in altre regioni ai propri assistiti.

6.2.5 - Analisi dei dati del Sistema TS di assistenza specialistica a carico del SSN

Con riferimento ai dati delle prestazioni di specialistica acquisite dal Sistema TS, nel corso dell’anno 2018 è stata effettuata un’analisi dei dati congiunta fra il Ministero dell’economia e delle finanze, il Ministero della salute e le singole regioni.

Con il supporto fornito dal Sistema TS, le regioni hanno verificato i flussi relativi alle prestazioni di specialistica, trasmessi al medesimo Sistema TS, procedendo con il recupero degli stessi laddove necessario.

6.3 - Controllo delle esenzioni dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per reddito

Il Sistema TS consente, dall’anno 2011 in tutte le regioni, la verifica della sussistenza del diritto da parte dell’assistito all’esenzione per reddito dalla compartecipazione alla spesa sanitaria per le prestazioni di specialistica ambulatoriale, stabilita a livello nazionale dalla normativa vigente (art. 8, co.16 della L 537/1993⁷²), attraverso l’interconnessione con le banche dati dell’Anagrafe tributaria dell’Agenzia delle entrate e le banche dati dei titolari di pensione dell’INPS e dello stato di disoccupazione rilevato dal Ministero del lavoro (DL 112/2008 e DM 11/12/2009).

Attraverso tale Sistema è stato introdotto un nuovo procedimento di individuazione del diritto all’esenzione per reddito che si applica, in modo automatico, già nella fase di prescrizione da parte del medico⁷³, consentendo comunque al cittadino la possibilità di dichiarare eventualmente il proprio diritto all’esenzione in difformità con le informazioni del Sistema (Tab. 6.2).

Tab. 6.2: controllo delle esenzioni per reddito tramite il Sistema TS

⁷² L’art. 8, co. 16 della L 537/1993 e successive modificazioni, prevede che sono esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i cittadini di età inferiore a sei anni e di età superiore a sessantacinque anni, appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo riferito all’anno precedente non superiore a 36.151,98 euro. Sono inoltre esentati dalla partecipazione alla spesa sanitaria i disoccupati ed i loro familiari a carico, nonché i titolari di pensioni al minimo di età superiore a sessant’anni ed i loro familiari a carico, purché appartenenti ad un nucleo familiare con un reddito complessivo, riferito all’anno precedente, inferiore a 8.263,31 euro, incrementato fino a 11.362,05 euro in presenza del coniuge ed in ragione di ulteriori 516,46 euro per ogni figlio a carico.

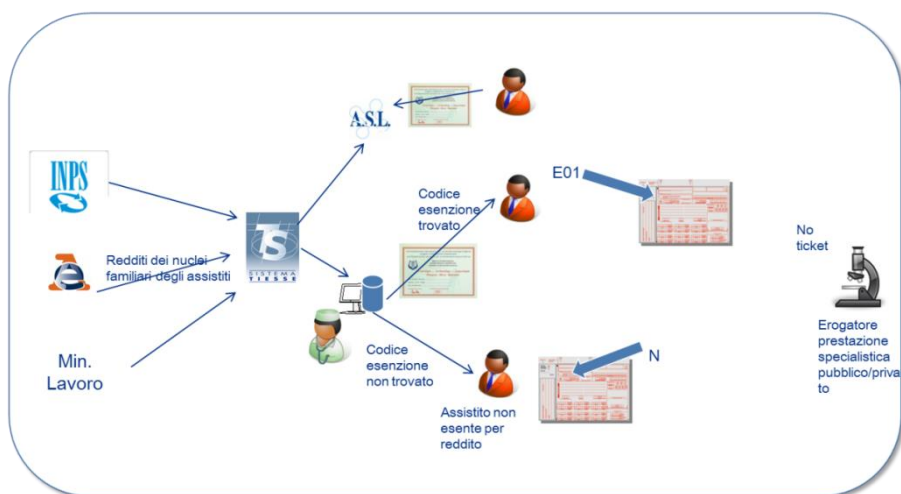
⁷³ In sostituzione del precedente procedimento basato sulla autocertificazione dell’assistito mediante la firma sulla ricetta al momento dell’erogazione della prestazione.

Fase	Situazione precedente (inefficacia dei controlli)	Nuovo processo Tessera sanitaria (controlli puntuali)
Accertamento diritto di esenzione	- Firma sulla ricetta al momento erogazione prestazione - Compilazione moduli autocertificazione al momento erogazione prestazione - Tesserini regionali rilasciati su autocertificazione	- Fornitura annuale alle ASL ed ai medici dell'indicazione, per ogni assistito SSN della sussistenza del diritto all'esenzione per reddito (si/no) - Il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema - Autocertificazione presso la ASL in caso di difformità
Sistema controllo	<i>Ex post</i> - Criticità: difficoltà da parte della ASL nel controllo delle autocertificazioni dal cartaceo e recuperare i ticket dovuti - Controllo campione	<i>Ex ante</i> - Vantaggi: - dai reddituali già verificati in via preventiva - Controllo puntuale di tutte le autocertificazioni - governo delle manovre di introduzione di compartecipazione

Il procedimento (Fig.6.2) prevede che:

- il Sistema TS, per ciascun assistito del SSN, sulla base dei dati reddituali del nucleo familiare fiscale più recenti (due anni prima) comunicati dall'Agenzia delle entrate, rende annualmente disponibili (entro il mese di marzo) alle ASL e ai medici prescrittori (mediante l'attuazione del collegamento telematico dei medici in rete, di cui al DPCM 26 marzo 2008) l'indicazione della sussistenza del diritto di esenzione (codice esenzione), tenuto conto delle soglie di esenzione per reddito previste dalla normativa vigente (nazionale e regionale);
- l'assistito, laddove dal Sistema non risulti il codice di esenzione per reddito, può eventualmente autocertificare presso la ASL il proprio diritto all'esenzione, richiedendo il certificato provvisorio di esenzione per reddito;
- su tali soggetti, la ASL provvederà, sulla base delle informazioni rese disponibili dal Sistema TS, al relativo controllo, richiedendo all'assistito il pagamento del *ticket* non pagato, laddove l'esito del controllo sia negativo;
- il medico al momento della compilazione della ricetta rileva l'eventuale codice di esenzione del Sistema, ovvero dal certificato di esenzione provvisorio rilasciato dalla ASL su richiesta dell'assistito. Con le procedure della ricetta elettronica dematerializzata, descritte al paragrafo 3.2.2, il Sistema TS verifica direttamente *on-line* l'eventuale esenzione per reddito dell'assistito, in fase di compilazione della ricetta da parte del medico;
- l'erogazione della prestazione in regime di esenzione per reddito viene effettuata unicamente in presenza del codice esenzione sulla ricetta; è abolita l'autocertificazione del diritto all'esenzione per reddito mediante la firma sulla ricetta per le prestazioni specialistiche.

Fig. 6.2: sistema TS – Procedimento per il controllo delle esenzioni per reddito



Il Garante per la protezione dei dati personali ha riconosciuto tale procedimento come «buona pratica» di controllo, dando indicazione della relativa applicazione anche per le verifiche dei *ticket* regionali per fascia di reddito (alternativi al *ticket* nazionale di 10 euro).

Le regioni, inoltre, hanno adottato il predetto procedimento anche per il controllo delle esenzioni per reddito da ulteriori *ticket* sanitari introdotti a livello regionale.

Tale nuovo procedimento è stato avviato progressivamente in tutte le regioni a partire dall'anno 2011 e, a regime, dall'anno 2012, consentendo, in tal modo, il controllo puntuale delle prestazioni sanitarie in esenzione per reddito a carico del SSN.

Gli esiti di tali controlli sono resi disponibili telematicamente alle ASL di competenza, per i conseguenti adempimenti previsti dal DM del 11 dicembre 2009. In particolare, in caso di esito "negativo" della verifica delle autocertificazioni da parte del Sistema TS, la ASL procede alla comunicazione all'interessato dell'esito di tale verifica, richiedendo contestualmente il pagamento del *ticket* non pagato per le prestazioni usufruite indebitamente in regime di esenzione per reddito. Ciò ferma restando la possibilità per il cittadino di produrre presso la ASL la necessaria documentazione, comprovante l'effettivo diritto all'esenzione per reddito, sulla base della normativa vigente.

Sono in corso le attività di recupero delle somme a livello di singola regione.

Dall'anno 2015, inoltre, a fronte di specifica richiesta, gli esiti dei predetti controlli sono resi disponibili anche alla Guardia di finanza, per gli adempimenti di propria competenza.

Infine, nel corso dell'anno 2015, d'intesa con le regioni, è stata sviluppata una procedura del Sistema TS che consente, sulla base delle indicazioni fornite a livello regionale, anche la possibilità per l'assistito di poter effettuare la propria autocertificazione di esenzione per reddito *on-line*, utilizzando la propria tessera sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (CNS) "attiva" (Par. 3.5), in conformità con quanto previsto dal Codice dell'amministrazione digitale in materia di semplificazione dell'accesso da parte dei cittadini ai servizi in rete della pubblica amministrazione.

6.4 - Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA) e interconnessione con l'Anagrafe delle Persone Residenti (ANPR)

L'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA), prevista dall'articolo 1, commi 231 e 232, della legge di stabilità 2014, costituisce una ulteriore importante evoluzione nell'ambito del Sistema TS. Essa consente, attraverso l'interconnessione con l'Anagrafe Nazionale delle Persone Residenti (ANPR) del Ministero dell'interno, il superamento delle criticità rilevate circa l'attuale gestione delle anagrafi degli assistiti istituite presso ciascuna ASL. Tali criticità riguardano, in particolare, possibili duplicazioni dei nominativi, mancati aggiornamenti in caso di nascite, decessi, trasferimenti di residenza, le quali comportano, oltre che una gestione inefficiente del sistema, anche oneri concernenti, ad esempio, la corresponsione ai medici convenzionati di quote relative ad assistiti che non dovrebbero risultare registrati.

Sono in corso le attività di predisposizione del necessario decreto del Presidente del Consiglio dei Ministri, su proposta del Ministro della salute e del Ministro dell'economia e delle finanze, previo parere del Garante della protezione dei dati personali e intesa in sede di Conferenza Stato-regioni.

Sono in corso, inoltre, le attività di predisposizione del necessario decreto attuativo dell'art. 2 del DL 179/2012 il quale prevede l'utilizzo dell'infrastruttura del Sistema TS di collegamento con i medici e le strutture sanitarie al fine di accelerare la realizzazione dei certificati telematici di nascita e morte da trasmettere ai Comuni, attraverso l'interconnessione fra il Sistema TS e l'ANPR.

6.5 - Tessere sanitarie su supporto della carta nazionale dei servizi (CNS)

La Tessera Sanitaria, emessa a partire dall'anno 2003, consente l'identificazione certa dell'assistito, attraverso il proprio codice fiscale, in fase di prescrizione da parte del medico ed erogazione della prestazione a carico del SSN, ai fini della verifica dell'appropriatezza prescrittiva.

La Tessera Sanitaria viene prodotta e distribuita dal Ministero dell'economia e delle finanze a tutti i cittadini assistiti dal SSN aventi codice fiscale. L'elenco degli assistiti (nelle more della realizzazione dell'ANA) viene acquisito dal Sistema TS dalle ASL. Tale elenco viene allineato con l'elenco dei codici fiscali, attraverso l'interconnessione fra il Sistema e l'Anagrafe Tributaria dell'Agenzia delle entrate.

La Tessera Sanitaria è gratuita e ha validità di 6 anni (o fino alla scadenza del permesso di soggiorno). In prossimità della scadenza il Ministero dell'economia e delle finanze provvede alla riemissione della tessera valida.

L'articolo 11, comma 15, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto l'evoluzione della Tessera Sanitaria su supporto Carta Nazionale dei Servizi (TS-CNS), dotata di *microchip*, che costituisce uno strumento per l'accesso in rete per i cittadini ai servizi *on-line* regionali (scelta del medico, certificazioni, ritiro referti medici, pagamento ticket, e altri servizi non sanitari), come previsto dal Codice dell'amministrazione digitale, a fronte di attivazione informatica a carico delle regioni.

Fig. 6.3: Tessera Sanitaria - fronte



1. Codice Fiscale e dati anagrafici dell'assistito;
2. Luogo di nascita: corrisponde al Comune di nascita per i cittadini nati in Italia e allo Stato estero è riportato lo Stato estero di nascita per i cittadini stranieri;
3. Provincia: corrisponde alla sigla della provincia al momento della nascita dell'intestatario, anche se ha subito variazioni successive;
4. Data di scadenza: è di 6 anni se l'assistenza è illimitata; di durata inferiore, in situazioni particolari (ad es. stranieri con permesso di soggiorno limitato);
5. Formato Braille: tre lettere in formato Braille standard a 6 punti, per i non vedenti;
6. Area libera per eventuali dati sanitari regionali utilizzabile per l'apposizione di adesivi o simboli regionali.

La Tessera Sanitaria riporta sul retro la "TEAM" (Tessera Europea di Assicurazione di Malattia) la quale consente l'erogazione di prestazioni a favore di cittadini italiani nei Paesi dell'UE, in Norvegia, Islanda, Liechtenstein e Svizzera, secondo le normative vigenti nei singoli Paesi. In tal modo consente la tracciatura della mobilità internazionale.

L'assistito, per ottenere le prestazioni nei predetti Paesi, può recarsi direttamente presso un medico o una struttura sanitaria pubblica o convenzionata ed esibire la TEAM.

Fig. 6.4: Tessera Sanitaria – retro (TEAM)



I dati riportati, ad eccezione del codice a barre (barcode), vengono esposti, esclusivamente, se il cittadino ha diritto all'assistenza sanitaria all'estero.

1. Banda magnetica dove sono registrate le informazioni anagrafiche dell'assistito;
2. Codice Fiscale in formato 'codice a barre' (barcode);
3. Sigla d'identificazione dello Stato che rilascia la Tessera (per l'Italia la sigla è IT, secondo il codice ISO 3166-1);
4. Dati dell'assistito (cognome, nome, data di nascita, numero di identificazione personale, numero di identificazione della tessera e scadenza). Qualora un cittadino non abbia diritto all'assistenza sanitaria all'estero, i dati riportati sulla T.E.A.M. verranno ricoperti da una serie di asterischi.

Se l'intestatario della Tessera Sanitaria non ha diritto ad utilizzare la TEAM, questa viene resa non valida mediante la stampa di asterischi.

6.6 - Certificati telematici di malattia

L'infrastruttura tecnologica del Sistema TS, attraverso il collegamento telematico di tutti i medici, ha consentito la realizzazione dei certificati telematici di malattia (DM 26/2/2010).

La certificazione telematica della malattia è stata introdotta nel 2010 con l'obiettivo di semplificare il processo di gestione dei certificati medici facendo venir meno gli oneri per i cittadini della trasmissione al datore di lavoro del relativo certificato cartaceo.

Infatti, il medico redige il certificato di malattia elettronico *on-line* e lo trasmette telematicamente all'INPS, per il tramite dell'infrastruttura tecnologica del Sistema TS. Dall'anno 2010 risultano essere stati trasmessi circa 20 milioni di certificati elettronici di malattia all'anno.

L'INPS rende, poi, disponibile il certificato di malattia elettronico al cittadino e al datore di lavoro per la parte di rispettiva competenza.

6.7 - Fascicolo sanitario elettronico (FSE): l'Infrastruttura Nazionale per l'Interoperabilità (INI)

Il Fascicolo sanitario elettronico (FSE) rappresenta un'importante innovazione nell'ambito della sanità elettronica. La raccolta della documentazione digitale relativa all'intera storia clinica del paziente potrà consentire un potenziamento, in termini quantitativi e qualitativi, delle informazioni utili ai fini dell'erogazione delle prestazioni sanitarie che potranno essere archiviate e consultate in modo tempestivo. Ciò comporterà anche un efficientamento dell'impiego delle risorse perseguendo l'appropriatezza delle cure e potenziando gli strumenti di programmazione sanitaria.

In particolare, le finalità del FSE riguardano:

- a) la prevenzione, diagnosi, cura e riabilitazione;
- b) lo studio e ricerca scientifica in campo medico, biomedico ed epidemiologico;
- c) la programmazione sanitaria, verifica delle qualità delle cure e valutazione dell'assistenza sanitaria.

Circa le modalità di realizzazione del FSE, l'art. 12 del DL 179/2012 prevede che il FSE sia istituito in ogni regione entro la fine di giugno 2015, secondo le modalità stabilite dal decreto attuativo del comma 7 del suddetto articolo (DPCM n. 29/9/2015). Le modalità attuative riguardano in particolare la realizzazione:

- della interconnessione telematica dei medici, delle farmacie e delle altre strutture sanitarie della regione con il FSE della regione stessa, ai fini della relativa alimentazione/consultazione;
- delle banche dati per l'archiviazione dei dati del FSE;
- della interconnessione dei FSE delle diverse regioni (c.d. interoperabilità) per la relativa alimentazione/consultazione, in relazione alle prestazioni erogate in regioni diverse da quella di assistenza;
- del dossier farmaceutico nell'ambito del FSE che costituisce l'insieme delle prestazioni farmaceutiche associate all'assistito.

Si prevede, inoltre, che sia l'alimentazione del FSE (per ogni prestazione) che la relativa consultazione (anche per le finalità di cura) possa essere effettuata solo a fronte di specifico consenso dell'assistito.

Il citato art. 12 del DL 179/2012 attribuiva all'Agenzia per l'Italia Digitale (AgID) la progettazione e la realizzazione dell'infrastruttura nazionale secondo le modalità sopra descritte da completarsi entro la fine del 2015. Per la realizzazione di tali funzionalità veniva previsto uno stanziamento in favore di AgID di 10 milioni di euro per l'anno 2014 e di 5 milioni di euro a partire dall'anno 2015.

Secondo le suddette disposizioni, il Sistema TS aveva l'unico ruolo di mettere a disposizione dei FSE regionali la funzione di interrogazione dei dati identificativi dell'assistito, in fase di consultazione/alimentazione del FSE da parte del medico o della struttura sanitaria. Ciò, al fine di individuare preliminarmente la regione di assistenza dell'assistito, presso la quale risiede l'archivio del FSE da interrogare/alimentare.

Al fine di accelerare la realizzazione del FSE, anche in considerazione del notevole ritardo accumulato, e di facilitare le regioni nell'attuazione dello stesso, la Legge di

Bilancio 2017 (L. 232/2016, art. 1, co. 382) ha previsto un forte coinvolgimento del Sistema TS nell'architettura infrastrutturale del progetto con l'obiettivo di sfruttare le banche dati già disponibili nonché le esperienze realizzative già sperimentate per lo sviluppo di progetti di digitalizzazione di enti terzi, riducendo, conseguentemente lo stanziamento delle risorse necessarie per la realizzazione dell'infrastruttura nazionale a cura del Ministero dell'economia e delle finanze⁷⁴.

Nella figura che segue è schematizzato in termini temporali il coinvolgimento del Ministero dell'economia e delle finanze e del Sistema TS per la realizzazione del FSE, nonché i vantaggi derivanti da tale coinvolgimento.

Fig. 6.5: FSE – Contesto normativo di riferimento



Circa le modalità attuative del coinvolgimento del MEF, nei primi mesi del 2017 è stata svolta una intensa attività, in collaborazione con il Ministero della salute, l'AgID, le Regioni, il Garante della *privacy*, volta alla ridefinizione delle linee generali del progetto con il pieno coinvolgimento del Sistema TS, in linea con le indicazioni normative contenute nella Legge di Bilancio 2017.

La nuova architettura condivisa dell'infrastruttura del FSE è stata definita con specifica Circolare Agid e, come schematizzato nella figura 6.6, prevede, in particolare:

⁷⁴ La legge di Bilancio (art. 1, commi 383 e 384) ha, previsto, fra l'altro la riduzione dello stanziamento da 5 milioni annui a 2,5 milioni annui.

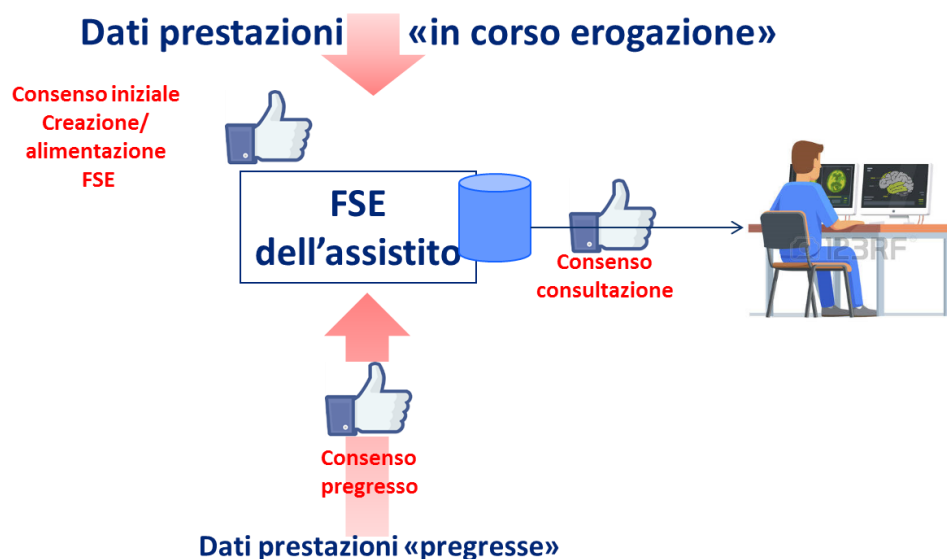
- l'implementazione da parte di MEF-RGS (Sistema TS) dell'Infrastruttura nazionale per l'interoperabilità (INI) fra i FSE regionali, per la ricostruzione del FSE dell'assistito comprensivo di tutti documenti sanitari inerenti la storia clinica a prescindere dalla regione di erogazione ed archiviazione della documentazione stessa. L'Interoperabilità fra FSE ha un ruolo fondamentale per la realizzazione del FSE a livello nazionale, come schematizzato nella figura seguente:

Fig. 6.6: FSE – Interoperabilità



- l'implementazione di servizi "in sussidiarietà" (FSE-INI) per le regioni che lo richiedano entro il 31/3/2017. Nell'ambito di ogni singola regione, laddove la regione non abbia già realizzato l'infrastruttura per il collegamento telematico dei propri medici/strutture sanitarie per la trasmissione dei dati necessari per l'alimentazione del FSE, il Sistema TS, su richiesta della regione, assicura tale infrastruttura (già esistente per la ricetta elettronica);
- l'implementazione (tramite INI) dei servizi necessari per rendere disponibili ai FSE regionali i dati del Sistema TS (es. prestazioni farmaceutiche e specialistiche, esenzioni da *ticket*);
- l'interconnessione con l'Anagrafe nazionale degli assistiti (ANA);
- la gestione al livello centralizzato del consenso da parte di ciascun assistito all'alimentazione del proprio FSE, alla relativa consultazione da parte dei soggetti autorizzati (medici, professionisti sanitari) nonché al recupero dei dati sanitari pregressi, secondo lo schema riportato nella figura seguente.

Fig. 6.7: FSE – INI: Tipologie di consenso e servizi



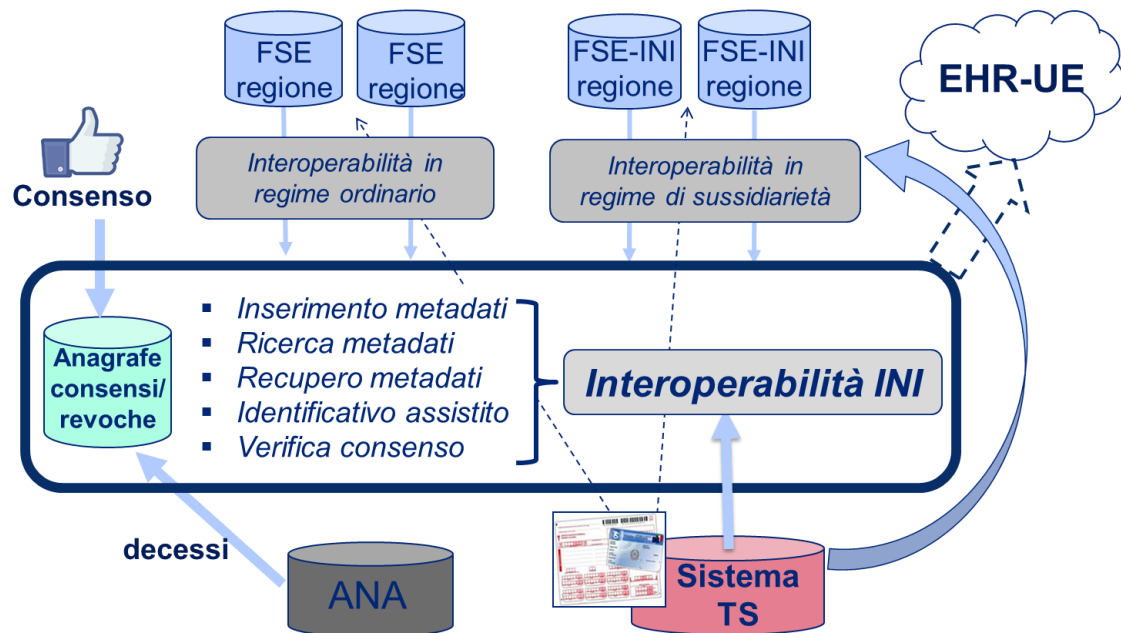
Proprio attraverso le funzioni di interoperabilità di INI è introdotta la possibilità per l'assistito di rilasciare il consenso (o la relativa revoca) in qualsiasi regione anche diversa da quella di assistenza⁷⁵, semplificando in tal modo tale procedura a carico del cittadino;

- la possibilità di interconnessione con il sistema di interoperabilità fra i FSE dei diversi paesi dell'Unione Europea, tramite il sistema centrale di Interoperabilità nazionale gestito dal Sistema TS.

Le modalità tecniche di realizzazione del sistema di interconnessione (INI) e di sussidiarietà (FSE-INI) sono state definite con il decreto interministeriale del Ministero dell'economia e delle finanze, di concerto con il Ministero della salute del 4 agosto 2017, predisposto congiuntamente con AgID e le regioni, per il quale è stato preventivamente acquisito il parere del Garante della protezione dei dati personali per gli aspetti inerenti alla tutela della riservatezza dei dati personali.

⁷⁵ Il FSE resta una competenza regionale, in linea con l'assetto delle competenze previsto dall'art. 117 della Costituzione. Tuttavia, in ragione della libertà di movimento e di cura dei cittadini sul territorio della Repubblica, la gestione centralizzata del consenso si rende necessaria quantunque l'informativa alla base del consenso deve contenere le specifiche definite a livello regionale.

Fig. 6.8: infrastruttura nazionale di interoperabilità (INI) e regime di sussidiarietà – Il ruolo del Sistema TS



6.8 - Rilevazione delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della dichiarazione dei redditi precompilata

6.8.1 - Fasi di attuazione.

Fra le molteplici funzioni assegnate al sistema TS, il legislatore ha previsto che l'infrastruttura venga utilizzata anche per la trasmissione all'Agenzia delle entrate delle spese sanitarie sostenute dai cittadini ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata. Di seguito, si descrivono le principali fasi di attuazione, con riferimento all'estensione della platea di erogatori di prestazioni sanitarie sottoposti all'obbligo dell'invio telematico delle spese mediche al sistema TS.

Medici e Strutture accreditate del SSN. L' art. 3, commi 2 e 3 del DLgs 175/2014 ha previsto che, ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata da parte dell'Agenzia delle entrate, il Sistema TS metta a disposizione dell'Agenzia delle entrate le informazioni concernenti le spese sanitarie sostenute dai cittadini (comprehensive del *ticket*) a partire dall'anno 2015, trasmesse telematicamente al medesimo Sistema dalle strutture accreditate del SSN, incluse le farmacie, e dai medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri, già attualmente collegati al Sistema TS.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31 luglio 2015, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l'Agenzia delle entrate, il Ministero della Salute, le Regioni, le Associazioni di categoria dei farmacisti e l'Ordine dei medici, per le parti di rispettiva competenza.

Il suddetto decreto (approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 30 luglio 2015) risulta coordinato con il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015, il quale disciplina, tra l'altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia.

I dati da trasmettere al Sistema TS riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito. Tra le spese sanitarie sono ricompresi: i *ticket* pagati sulle prestazioni erogate a carico del SSN, i farmaci (anche omeopatici ovvero ad uso veterinario) e i servizi erogati dalle farmacie, i dispositivi medici con marcatura CE e le altre prestazioni erogate dalle strutture sanitarie accreditate nonché dagli iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri.

Il sistema delineato sulla base di quanto previsto dalle disposizioni sopracitate si articola nelle seguenti tre fasi:

- le strutture sanitarie accreditate ed i medici iscritti all'albo dei medici chirurghi e degli odontoiatri inviano al Sistema Tessera Sanitaria, entro il 31 gennaio di ciascun anno, i dati relativi alle prestazioni erogate con l'indicazione della spesa a carico dell'assistito;
- l'Agenzia delle entrate trasmette al Sistema Tessera Sanitaria i codici fiscali dei soggetti per i quali è prevista la predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata;
- dal 1° marzo di ciascun anno, il Sistema Tessera Sanitaria rende disponibili all'Agenzia delle entrate, in forma aggregata per tipologia di spesa, i dati sulle spese mediche dei soggetti indicati dalla stessa Agenzia.

Trattandosi di dati sensibili, in quanto riferibili alle condizioni di salute dei soggetti interessati, sono state individuate, in collaborazione con l'Autorità Garante della privacy, precise misure a tutela della riservatezza, come di seguito descritte.

A decorrere dal 1° gennaio 2016, l'assistito può esercitare opposizione alla trasmissione dei dati relativi alla singola prestazione al momento dell'erogazione della stessa, tramite esplicita richiesta al soggetto erogatore. L'assistito ha comunque la facoltà di esercitare la propria opposizione anche successivamente all'erogazione della prestazione accedendo al portale del Sistema Tessera Sanitaria (www.sistemats.it) nel mese di febbraio di ciascun anno, per le spese sanitarie sostenute nell'anno di imposta precedente, a partire dall'anno di imposta 2015. Limitatamente al suddetto anno di imposta 2015, l'assistito può esercitare la propria opposizione richiedendo all'Agenzia delle entrate, nel periodo dal 1 ottobre 2015 al 31 gennaio 2016, la cancellazione dal Sistema Tessera Sanitaria delle spese relative ad una o più tipologie, secondo le modalità previste dal provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 31 luglio 2015.

Strutture sanitarie autorizzate dal SSN. L'art. 1, c. 949, lett. a) della legge di stabilità 2016 disciplina l'ampliamento della platea dei soggetti interessati all'obbligo della trasmissione telematica dei dati, prevedendo che anche le strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari, ancorché non accreditate con il SSN, debbano provvedere alla trasmissione telematica dei dati delle spese sanitarie sostenute dai cittadini a partire dal 1° gennaio 2016.

Le specifiche tecniche per la trasmissione telematica dei dati al Sistema Tessera Sanitaria sono disciplinate nel decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 2/8/2016, i cui contenuti sono stati definiti in collaborazione con l'Agenzia delle entrate, il Ministero della Salute, Ministero dell'interno, le Regioni, per le parti di rispettiva competenza.

Tali specifiche tecniche sono coerenti con quanto previsto dal precedente decreto direttoriale del Ragioniere Generale dello Stato del 31/7/2015 e risulta inoltre coordinato con il provvedimento del direttore dell'Agenzia delle entrate del 29/7/2016 il quale disciplina, tra l'altro, i dati delle spese sanitarie da trasmettere ai fini dell'elaborazione della dichiarazione dei redditi precompilata e le relative modalità di utilizzo da parte della stessa Agenzia. Il decreto è stato approvato dal Garante per la protezione dei dati personali il 28/7/2016 e pubblicato nella Gazzetta Ufficiale dell'11/8/2016.

Circa le strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari (ancorché non accreditate con il SSN), il decreto fa riferimento alle autorizzazioni rilasciate in ambito regionale di cui:

- all'art. 8-ter del DLgs 502/1992, riferite alle strutture sanitarie e socio-sanitarie nonché agli studi di professionisti sanitari di particolare complessità. Tali autorizzazioni possono essere rilasciate dagli Enti autorizzatori (Regioni, ASL e, laddove previsto, anche da parte dei Comuni), secondo le disposizioni regionali vigenti in materia;
- all'art. 70, co. 2 del DLgs 193/2006, riferite alla vendita al dettaglio dei medicinali veterinari.

I dati da trasmettere al Sistema Tessera Sanitaria riguardano: le ricevute di pagamento, gli scontrini fiscali e gli eventuali rimborsi relativi alle spese sanitarie sostenute da ciascun assistito, come indicato dal DM 31/7/2015.

La trasmissione dei dati deve essere effettuata entro il 31 gennaio dell'anno successivo (ad es. per le spese sanitarie sostenute nell'anno 2016, la trasmissione telematica dei relativi dati deve essere effettuata entro il 31/1/2017), come indicato dal DM 31/7/2015.

Parafarmacie, ottici e categorie professionali. Con il decreto del Ministro dell'economia e delle finanze, 1° settembre 2016, attuativo dell'art. 3, co. 4 del DLgs 175/2014, si amplia ulteriormente la platea dei soggetti erogatori di prestazioni sanitarie obbligati all'invio al Sistema TS delle spese sanitarie dei cittadini. In particolare, a partire dall'anno 2016, sono tenuti all'invio telematico al Sistema TS, per le finalità della dichiarazione dei redditi precompilata, i seguenti ulteriori soggetti:

- gli esercizi commerciali di cui all'articolo 4, comma 1, lettere d), e) ed f), del decreto legislativo 31 marzo 1998, n. 114, che svolgono l'attività di distribuzione al pubblico di farmaci ai sensi dell'articolo 5 del decreto legge 4 luglio 2006, n. 223, ai quali è stato assegnato dal Ministero della salute il codice identificativo univoco previsto dal decreto del Ministro della salute del 15 luglio 2004;
- gli esercenti l'arte ausiliaria di ottico che hanno effettuato la comunicazione al Ministero della salute di cui agli articoli 11, comma 7, e 13 del decreto legislativo 24 febbraio 1997, n. 46;
- gli iscritti agli albi professionali degli psicologi;
- gli iscritti agli albi professionali degli infermieri;
- gli iscritti agli albi professionali di ostetriche/ci;
- gli iscritti agli albi professionali dei tecnici sanitari di radiologia medica;
- gli iscritti agli albi professionali dei veterinari.

Il suddetto decreto prevede che le relative modalità attuative siano disciplinate con successivo provvedimento dell'Agenzia delle entrate e con decreto del Ragioniere

Generale dello Stato i quali sono stati adottati, rispettivamente, in data 15/09/2016 e in data 01/09/2016⁷⁶. Su tutti i predetti provvedimenti è stato reso il parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy in data 28/7/2016.

Il Sistema Tessera Sanitaria provvede alla conservazione dei dati, in archivi distinti e separati (per 5 anni), per consentire all'Agenzia delle entrate gli adempimenti connessi all'applicazione delle sanzioni previste in materia, nonché per le finalità inerenti la possibilità (prevista dall'art. 1, comma 949, lettera b) della legge di stabilità 2016) per i cittadini (indipendentemente dalla dichiarazione dei redditi precompilata) di consultare le proprie spese sanitarie accedendo al portale del Sistema TS (www.sistemats.it).

Tutte le operazioni effettuate tramite il Sistema Tessera Sanitaria sono tracciate. I dati sono conservati in modo sicuro e trasmessi telematicamente in forma criptata. Per evitare eventuali accessi o trattamenti illeciti, sono previste specifiche misure di sicurezza per l'abilitazione dei soggetti interessati.

Modalità di gestione del consenso. Nell'ambito del procedimento di trasmissione delle spese mediche tramite il Sistema TS, la definizione delle modalità di gestione del consenso⁷⁷ ha costituito un aspetto centrale del progetto, in quanto è stato necessario conciliare la tutela della riservatezza dei cittadini con l'esigenza di miglioramento ed ampliamento dei servizi.

La soluzione adottata, come sopra evidenziato, prevede che l'onere dell'esercizio del consenso debba essere posto a carico del soggetto interessato, anche sfruttando strumenti avanzati di interconnessione. Ciò costituisce un'evidente innovazione rispetto all'impostazione tradizionale in cui il sistema di gestione del consenso è posto a carico dei cittadini e degli operatori coinvolti. Fra l'altro, un siffatto approccio non sarebbe stato di fatto compatibile con le finalità del progetto in quanto avrebbe determinato un onere burocratico molto elevato, tale da annullare o addirittura superare il valore aggiunto potenzialmente prodotto dall'innovazione.

Più in dettaglio, si è previsto che l'operatore sanitario che eroga la prestazione non abbia l'obbligo di organizzare la gestione del consenso ai fini della trasmissione telematica al Sistema TS. L'operatore, infatti, è sempre tenuto alla trasmissione del documento sanitario, a meno che non sia l'assistito stesso, al momento dell'erogazione della prestazione, ad esercitare esplicitamente l'opposizione con conseguente richiesta di annotazione della stessa sul documento. Nel caso dello scontrino farmaceutico, l'opposizione si esercita semplicemente non consegnando la TS al farmacista.

Tuttavia, il livello di tutela, così configurato, è stato ritenuto carente in quanto l'assistito avrebbe potuto esercitare il diritto di opposizione solo al momento dell'erogazione della prestazione. Il sistema TS ha consentito di completare la tutela introducendo uno specifico applicativo (collegamento al sistema TS) che permette l'accesso del cittadino alle proprie spese sanitarie con possibilità di esercizio di opposizione sul singolo documento prima dell'invio all'Agenzia delle entrate.

⁷⁶ Provvedimento n. 142369 del 15 settembre 2016 del direttore dell'Agenzia delle entrate e Decreto del Ministro dell'economia e delle finanze del 1° settembre 2016 (G.U. n. 214 del 13 settembre 2016).

⁷⁷ La tutela della *privacy* costituisce un punto centrale nello sviluppo di sistemi applicativi che utilizzano dati personali, specie se ritenuti sensibili come nel caso dei documenti certificativi delle spese mediche. Non solo perché risponde ad un'esigenza effettiva dei cittadini, ma anche perché eventuali interventi, anche giudiziari, a tutela della riservatezza potrebbe rallentare, se non bloccare, l'avanzamento dei progetti.

Compilazione assistita. A partire dalla dichiarazione dei redditi 2018, sul sito dell'Agenzia delle entrate, il contribuente che intende modificare i dati delle spese sanitarie e veterinarie, proprie o sostenute per i familiari a carico, può farlo anche utilizzando il servizio per la Compilazione assistita, mediante il quale può inserire nuovi documenti di spesa non presenti oppure modificare, integrare o cancellare i dati degli oneri comunicati dai soggetti interessati all'obbligo di trasmissione telematica dei dati. Le relative modalità operative di interazione con il Sistema TS sono disciplinate con decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018.

Inoltre, a seguito del parere favorevole dell'Autorità Garante della privacy, i dati oggetto della compilazione assistita sono resi disponibili ai dipendenti dell'Agenzia delle entrate dal Sistema TS per le finalità di controllo di cui al decreto del Presidente della Repubblica n. 600/73.

6.8.2 - Consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie.

Il decreto del Ragioniere Generale dello Stato del 27 aprile 2018, introducendo il servizio di consultazione da parte del cittadino delle spese sanitarie, ha attuato l'art. 3, comma 3-bis del DLgs 175/2014, il quale prevede che tutti i cittadini, indipendentemente dalla predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, possono consultare i dati relativi alle proprie spese sanitarie acquisiti dal Sistema TS secondo le modalità descritte nel paragrafo precedente.

Entro l'anno 2018 l'accesso al servizio di consultazione sarà possibile accedendo sul sito www.sistemats.it attraverso l'utilizzo della TS/CNS, delle credenziali Fisconline rilasciate dall'Agenzia delle entrate o tramite SPID. Il cittadino potrà:

- consultare i dati di spesa sanitaria trasmessi dagli erogatori di prestazioni sanitarie e quelli inseriti o modificati nell'ambito della Compilazione assistita dal cittadino stesso;
- segnalare agli erogatori di prestazioni sanitarie eventuali errori riscontrati sulle spese sanitarie dell'anno corrente, affinché possano confluire in maniera corretta nella relativa dichiarazione precompilata.

Le funzionalità saranno disponibili per il cittadino anche su smartphone (mobile).

6.8.3 - Spese sanitarie sostenute dai cittadini: dati di sintesi per gli anni 2015, 2016 e 2017

L'anno di imposta 2015 costituisce il primo anno di applicazione del sistema di rilevazione delle spese sanitarie per il 730 precompilato. I dati oggetto di osservazione hanno risentito, pertanto, di un'inevitabile fase iniziale di adeguamento delle procedure informatiche sia con riferimento ai soggetti già connessi al Sistema TS, sia con riferimento ai medici chirurghi e agli odontoiatri, per i quali si è reso necessario il preventivo accreditamento al Sistema TS.

Al fine di evitare potenziali criticità emerse negli incontri con i rappresentanti dei soggetti obbligati alla trasmissione dei dati sanitari e per agevolare il processo di raccolta degli stessi già nell'anno di avvio della rilevazione, è stata prevista, previo parere positivo del Garante della privacy, la possibilità di trasmissione anche tramite operatori delegati (commercialisti, tributaristi, ecc.), già abilitati al sistema Fisconline dell'Agenzia delle entrate.

Inoltre, le farmacie, tramite i loro rappresentanti di categoria hanno dichiarato nella parte finale del 2015 di essere impossibilitate, per ragioni tecniche, a recuperare gli scontrini (parlanti) emessi dal primo gennaio. Poiché l'incompletezza del dato avrebbe riguardato gran parte dell'anno, al fine di evitare disomogeneità nel flusso informativo acquisito che avrebbe potuto disorientare il contribuente, d'intesa con l'Agenzia delle entrate e acquisito il nulla osta del Garante della privacy, sono stati trasmessi all'Agenzia delle entrate i soli dati dei ticket farmaceutici pagati dagli assistiti nel 2015, già acquisiti al Sistema TS, in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 2 del DLgs 175/2014.

In merito al 2015 la rendicontazione dei dati raccolti tramite il Sistema TS per la successiva trasmissione all'Agenzia delle entrate, nel primo anno di applicazione è risultata, al lordo delle dichiarazioni scartate in quanto corrispondenti ad invii erronei (c.d. filtri) e delle opposizioni, di poco inferiore ai 15,1 miliardi di euro. Di questi, circa 3,3 miliardi di euro hanno riguardato le spese per ticket e circa 11,8 miliardi di euro le spese sanitarie diverse dal ticket. Con riferimento alla ripartizione in relazione ai soggetti obbligati all'invio, si evidenzia che la componente più rilevante, pari a circa 7,4 miliardi di euro, è afferita ai medici chirurghi, senza includere la spesa per ticket. Le strutture pubbliche e private sono state, rispettivamente, circa 2,2 e 4 miliardi di euro, mentre le farmacie nel complesso hanno espresso circa 1,5 miliardi di euro della spesa la quale, per le ragioni in precedenza ricordate, è limitata nel 2015 alla sola componente dei ticket.

Nel 2015, il totale delle spese sanitarie trasmesse al Sistema TS ai fini della predisposizione della dichiarazione dei redditi precompilata, al netto dei filtri (pari a circa 0,4 miliardi di euro) è stato pari a 14,7 miliardi di euro.

Nel corso del 2016, è stato previsto l'ampliamento del novero di soggetti obbligati all'invio. Oltre alle unità di rilevazione già considerate per l'anno di imposta 2015 è stato stabilito che il processo di raccolta dei dati fosse allargato alle strutture autorizzate per l'erogazione dei servizi sanitari e non accreditate al SSN (Decreto del MEF del 2 agosto 2016) nonché ad un insieme di operatori economici che erogano servizi sanitari e prestazioni veterinarie agevolabili fiscalmente (Decreto del MEF del 16 settembre 2016)⁷⁸.

Con riferimento ai primi soggetti, il processo di trasmissione delle informazioni prevede una prima fase di ricognizione dei procedimenti regionali di autorizzazione, diversi per ogni singola regione, anche in relazione all'ente autorizzatore che può essere la Regione, la ASL ovvero il Comune. Individuati i procedimenti autorizzatori segue la seconda fase di ricognizione delle strutture autorizzate.

Tale attività ricognitiva ha evidenziato alcune criticità fra cui, in particolare, la presenza di elenchi informatizzati inesistenti (o molto parziali) a livello regionale e nazionale. In merito, la soluzione adottata è stata quella di creare un elenco nazionale delle strutture autorizzate presso il Sistema TS, a fronte delle singole richieste telematiche di registrazione al Sistema TS provenienti da ciascuna struttura e successiva verifica (telematica) presso l'ente autorizzatore (Regione, ASL, Comune) dell'effettiva autorizzazione per la medesima struttura. Per tale finalità, sono stati abilitati al Sistema TS anche i Comuni, per le sole regioni che li hanno individuati come Enti autorizzatori.

⁷⁸ Per tale ragione, i dati disponibili per l'anno 2015, che ha costituito il primo anno di applicazione della normativa, sono dati parziali (limitandosi alle sole farmacie, strutture sanitarie pubbliche e private accreditate e medici chirurghi) e, dunque, non confrontabili direttamente con quelli rilevati per gli anni dal 2016 e seguenti.

Box 6.1: Tabelle di monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto

Ai fini del monitoraggio dei farmaci a brevetto scaduto, l'articolo 11, comma 7-bis, del decreto legge n. 78/2010 ha previsto che l'AIFA provvede alla predisposizione, sulla base dei dati resi disponibili dal Sistema TS, di tabelle di raffronto tra la spesa farmaceutica territoriale delle singole regioni, con la definizione di soglie di appropriatezza prescrittiva basate sul comportamento prescrittivo registrato nelle regioni con il miglior risultato in riferimento alla percentuale di medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto, ovvero a prezzo minore, rispetto al totale dei medicinali appartenenti alla medesima categoria terapeutica equivalente. Ciò al fine di mettere a disposizione delle regioni strumenti di programmazione e controllo idonei a realizzare un risparmio di spesa non inferiore a 600 milioni di euro su base annua che restano nelle disponibilità dei Servizi Sanitari Regionali.

In applicazione di tale disposizione, l'AIFA ha individuato 19 categorie di farmaci (Tab. A), per le quali ogni regione, attraverso il Sistema TS, dispone di tabelle di confronto (benchmarking) a livello nazionale con le altre regioni, circa la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici.

Tab. A: Indicatori monitoraggio farmaci a brevetto scaduto

Codici ATC 4°	Descrizione sotto gruppi ATC di 4° Livello
[1] A02BC	Inibitori della pompa acida
[2] C01DA	Nitrati organici
[3] C08CA	Derivati diidropiridinici
[4] C09AA	Ace inibitori non associati
[5] C09BA	Ace inibitori e diuretici
[6] C09CA	Antagonisti dell'angiotensina II, non associati
[7] C09DA	Antagonisti dell'angiotensina II e diuretici
[8] C10AA	Inibitori della HMG COA reduttasi
[9] G04CB	Inibitori della testosterone 5-alfa reduttasi
[10] J01FA	Macrolidi
[11] J01MA	Fluorochinoloni
[12] M05BA	Bifosfonati
[13] N02CC	Agonistiselettivi dei recettori 5HT1
[14] N03AX	Altri antiepilettici
[15] N06AB	Inibitori selettivi della serotonina-ricaptazione
[16] N06AX	Altri antidepressivi
[17] R03AC	Agonisti selettivi dei recettori beta2-adrenergici
[18] R03AK	Adrenergici ed altri farmaci per disturbi ostruttivi vie resp.
[19] S01ED	Sostanze beta-bloccanti

Tali tabelle, pubblicate anche sul sito dell'AIFA, consentono di stimare il possibile risparmio (non inferiore a 600 mln su base annua a livello nazionale) conseguibile da ogni regione laddove il comportamento prescrittivo dei propri medici raggiunga i livelli della regione più virtuosa.

Sul sito dell'AIFA, peraltro, è descritta la metodologia adottata per la definizione dei predetti indicatori e della stima del risparmio. In particolare, tale metodologia prevede che gli indicatori vengono elaborati sulla base:

- della percentuale di consumi (espressi in termini di dosi definite giornaliere – DDD) di farmaci a brevetto scaduto, rispetto al totale della medesima categoria ATC al 4° livello;
- dei medicinali a base di principi attivi non coperti da brevetto.

La metodologia prevede che la stima del risparmio è calcolata confrontando la percentuale di farmaci a brevetto scaduto prescritti dai medici di una regione, nell'ambito di ciascuna categoria terapeutica, con quello ottenuto per la medesima categoria terapeutica dalle Regioni benchmark. Le regioni benchmark individuate sono: Lombardia e Veneto per il Nord Italia, Emilia Romagna e Toscana per il Centro Italia, e Basilicata per il Sud Italia.

Se la percentuale dell'indicatore della singola Regione è inferiore al benchmark, è ipotizzabile un miglioramento della performance regionale a fronte di un incremento della prescrizione di farmaci a brevetto scaduto. La stima del risparmio su base annua è costituito dalla sommatoria cumulativa dei risparmi stimati su base mensile.

Nel calcolo si considera il Costo DDD che indica il costo per DDD espresso in termini di spesa netta per DDD, ciò in quanto si tratta di una spesa effettivamente a carico del Servizio Sanitario Regionale, non comprensiva della compartecipazione del cittadino e degli sconti già ottenuti a beneficio della Regione stessa.

Ogni regione, può ulteriormente dettagliare le informazioni di ciascuna tabella per singola ASL e, all'interno di ogni ASL, per singolo medico prescrittore e, monitorarne, mensilmente, gli andamenti.

CAPITOLO 7 - Attuazione del decreto legislativo n. 118/2011

7.1 - Premessa

Come già rappresentato nel presente rapporto, le disposizioni introdotte dal DLgs 118/2011 hanno ridisegnato le regole contabili per l'intero Servizio sanitario nazionale (SSN) a partire dall'anno 2012, con l'individuazione delle specificità del settore e con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili delle aziende del SSN.

In relazione all'entrata in vigore di tale decreto legislativo le attività di monitoraggio hanno richiesto un maggior dettaglio informativo in relazione al conto economico, hanno richiesto un progressivo approfondimento delle scritture patrimoniali ed una ricognizione sulla situazione economico-patrimoniale relativa al periodo 2001-2011, periodo antecedente all'entrata in vigore del predetto decreto legislativo.

7.2 - Decreto legislativo n. 118/2011

Il DLgs 118/2011 costituisce norma fondamentale per il SSN con l'obiettivo di armonizzare le rilevazioni contabili del SSN e di rafforzare il relativo monitoraggio, permettendo di superare le criticità evidenziate dal monitoraggio dei conti del SSN iniziato a partire dall'anno 2001.

A partire dall'anno 2001, infatti, sono state via via evidenziate delle criticità e dei limiti sia del modello di gestione della sanità, sia del sistema di monitoraggio. In particolare le principali criticità emerse sono state:

- la mancanza sul bilancio regionale di una perimetrazione dei capitoli di entrata e di spesa relativi al servizio sanitario con conseguente impossibilità di monitorare le iscrizioni di competenza e di cassa relative alla sanità che transitavano su tale bilancio;
- la mancanza di un soggetto terzo che desse garanzia della correttezza e della completezza delle iscrizioni sul bilancio regionale relative al Servizio sanitario regionale (SSR);
- la disomogeneità nelle contabilizzazioni relative alle immobilizzazioni e nella valutazione dei conseguenti ammortamenti da iscrivere nel conto economico, anche sui beni di prima dotazione; disomogeneità nelle sterilizzazioni degli ammortamenti dei beni acquistati con finanziamenti esterni;
- l'assenza di un bilancio civilistico della parte di spesa sanitaria gestita direttamente dal bilancio regionale e di un bilancio civilistico per il Consolidato regionale sanità;
- l'esistenza in un unico conto di tesoreria regionale che non permetteva di evidenziare i flussi della sanità separatamente da quelli non sanitari.

Il Titolo II del citato DLgs 118/2011 dispone, a partire dal 1° gennaio 2012, quanto segue:

- definisce le disposizioni ivi contenute quali principi fondamentali del coordinamento della finanza pubblica ai sensi dell'articolo 117, comma 3, della Costituzione. Tali disposizioni sono finalizzate alla tutela dell'unità economica della Repubblica italiana al fine di garantire che gli enti coinvolti nella gestione della spesa finanziata con le risorse destinate al SSN concorrano al perseguimento degli obiettivi di finanza pubblica sulla base di principi di armonizzazione dei sistemi contabili e dei bilanci;
- gli enti destinatari delle disposizioni sono:
 - le regioni:
 - per la parte del bilancio regionale che riguarda il finanziamento e la spesa dell'intero servizio sanitario regionale;
 - per la parte del finanziamento del servizio sanitario regionale direttamente gestito (ove esistente), nel centro di spesa denominato GSA;
 - le aziende sanitarie locali; le aziende ospedaliere; gli istituti di ricovero e cura a carattere scientifico pubblici, anche se trasformati in fondazioni; le aziende ospedaliere universitarie integrate con il SSN;
 - gli istituti zooprofilattici sperimentali;
- nell'ambito del bilancio regionale le regioni devono garantire la perimetrazione delle entrate e delle uscite relative al finanziamento del proprio Servizio sanitario regionale (SSR), al fine di consentire la confrontabilità immediata fra le entrate e le spese sanitarie iscritte nel bilancio regionale e le risorse indicate negli atti di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e di individuazione delle correlate fonti di finanziamento, nonché un'agevole verifica delle ulteriori risorse rese disponibili dalle regioni per il finanziamento del medesimo servizio sanitario regionale per l'esercizio in corso. Pertanto il bilancio regionale deve essere articolato in capitoli tali da garantire, sia nella sezione dell'entrata che nella sezione della spesa, separata evidenza di talune voci;
- in particolare, nelle entrate sono evidenziati:
 - il finanziamento sanitario ordinario corrente, ivi compresa la mobilità attiva programmata per l'esercizio;
 - il finanziamento sanitario aggiuntivo corrente, ivi compreso il finanziamento aggiuntivo finalizzato all'erogazione dei livelli di assistenza superiori rispetto ai LEA;
 - il finanziamento regionale del disavanzo sanitario pregresso;
 - il finanziamento per investimenti in ambito sanitario.
- nelle spese sono evidenziate:
 - la spesa sanitaria corrente per il finanziamento dei LEA, ivi compresa la mobilità passiva programmata per l'esercizio;
 - la spesa sanitaria aggiuntiva per il finanziamento di livelli di assistenza sanitaria superiori ai LEA;
 - la spesa sanitaria per il finanziamento di disavanzo sanitario pregresso;
 - la spesa per investimenti in ambito sanitario.

- sono istituiti conti di tesoreria specifici per il SSN distinti dai conti di tesoreria destinati alle spese extrasanitarie;
- viene prevista l'istituzione in ambito regionale e su decisione della stessa, di uno specifico centro di responsabilità, denominato Gestione Sanitaria Accentrata (GSA) deputato all'implementazione ed alla tenuta di una contabilità di tipo economico-patrimoniale atta a rilevare, in maniera sistematica e continuativa, i rapporti economici, patrimoniali e finanziari intercorrenti fra la singola regione e lo Stato, le altre regioni, le aziende sanitarie, gli altri enti pubblici ed i terzi vari, inerenti le operazioni finanziate con risorse destinate ai rispettivi servizi sanitari regionali. La GSA è dotata di un responsabile che cura la registrazione dei fatti contabili e gestionali. Il Responsabile della GSA elabora ed adotta il bilancio d'esercizio della GSA, compila i modelli CE ed SP e redige il bilancio consolidato regionale derivante dal consolidamento dei conti della GSA con quelli delle aziende del SSR. Viene individuato anche un terzo certificatore del bilancio della GSA;
- viene prevista l'adozione del bilancio economico preventivo annuale per ciascuno degli enti del SSR, ivi compresa la GSA e il consolidato regionale. Tali bilanci, che devono essere adottati e approvati formalmente entro il 31 dicembre dell'anno precedente a quello di riferimento, devono essere corredati dei modelli CE e un piano dei flussi di cassa prospettici, redatti secondo gli schemi di conto economico e di rendiconto finanziario previsti. Il bilancio preventivo economico annuale è corredato anche da una nota illustrativa, dal piano degli investimenti e da una relazione redatta dal direttore generale per le aziende del SSR e dal responsabile della GSA per la regione. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;
- il bilancio d'esercizio, da adottarsi entro il 30 aprile dell'anno successivo a quello di riferimento, si compone dello stato patrimoniale, del conto economico, del rendiconto finanziario e della nota integrativa ed è corredato da una relazione sulla gestione sottoscritta dal direttore generale/dal responsabile della GSA limitatamente alla spesa regionale direttamente gestita e al consolidato regionale. Viene redatto sugli appositi schemi riportati in allegato al DLgs 118/2011. Sono allegati al bilancio i modelli CE ed SP sia per l'esercizio di chiusura che per l'esercizio precedente. La relazione sulla gestione deve contenere il modello LA, sempre per l'esercizio di chiusura e per l'esercizio precedente;
- viene richiesto che ciascuna voce del piano dei conti sia univocamente riconducibile ad una sola voce dei modelli di rilevazione SP o CE. È fatta salva la possibilità da parte degli enti di dettagliare il proprio piano dei conti inserendo ulteriori sottovoci, rispetto a quelle di cui ai modelli di rilevazione SP e CE, garantendo sempre la riconduzione univoca ad una sola voce del modello SP o CE;
- per la redazione del bilancio si applicano gli articoli da 2423 a 2428 del codice civile, fatto salvo quanto diversamente disposto dalla tabella di seguito riportata.
- in merito al risultato d'esercizio viene disposto che l'eventuale risultato positivo di esercizio è portato a ripiano delle eventuali perdite di esercizi precedenti. L'eventuale eccedenza è accantonata a riserva ovvero è reso disponibile per il ripiano delle perdite del SSR;
- il bilancio consolidato regionale, così come quello della GSA, deve essere approvato dalla Giunta regionale. È corredato dei medesimi documenti contabili aziendali con la differenza che gli stessi sono approvati dal responsabile regionale della GSA. La

Giunta regionale approva i bilanci d'esercizio degli enti e della GSA entro il termine del 31 maggio dell'anno successivo a quello di riferimento e il bilancio consolidato nel termine del 30 giugno dell'anno successivo a quello di riferimento. Entro sessanta giorni dalla data di approvazione, i bilanci in oggetto sono pubblicati integralmente sul sito internet della regione;

- l'eventuale aggiornamento degli schemi di bilancio, del piano dei conti e dei modelli CE, SP, LA viene operato con decreto del Ministro della salute di concerto con il Ministro dell'economia e delle finanze.

In coerenza con quanto disposto dal DLgs 118/2011 sono stati adottati i seguenti decreti ministeriali:

- il DM 15 giugno 2012 recante "Nuovi modelli di rilevazione economica «Conto economico» (CE) e «Stato patrimoniale» (SP) delle aziende del Servizio sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati nuovi schemi relativi ai modelli di conto economico e dello stato patrimoniale degli enti del SSN per contemplare le ulteriori esigenze informative di monitoraggio nate anche a seguito dell'applicazione pratica del DLgs 118/2011;
- il DM 20 marzo 2013 recante "Modifica degli schemi dello Stato patrimoniale, del Conto economico e della Nota integrativa delle Aziende del Servizio Sanitario nazionale" con il quale sono stati adottati i nuovi schemi di bilancio delle aziende del SSN allegati al DLgs 118/2011.

Si fa inoltre presente che il DLgs 126/2014 ha introdotto una modifica all'art. 20 del citato DLgs 118/2011, introducendo il co. 2-ter che prevede l'iscrizione obbligatoria nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi, della quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

Tale modifica riguarda le regioni sottoposte al Piano di rientro che sono obbligate al mantenimento della massimizzazione delle aliquote fiscali per l'intera durata del Piano di rientro (vedi Sezione II).

La regione non può disimpegnare tali somme se non a seguito di espressa autorizzazione da parte dei Tavoli di verifica.

In via ulteriore, la legge di stabilità per l'anno 2015 n. 190/2014, in coerenza con quanto previsto in sede di Patto per la salute 2014-2016, ha modificato l'art. 30 del DLgs 118/2011, prevedendo che gli eventuali risparmi nella gestione del SSN effettuati dalle regioni rimangano nella disponibilità delle regioni stesse per finalità sanitarie.

Principi di valutazione specifici del settore sanitario (art. 29 del DLgs 118/2011)

- a) il costo delle rimanenze di beni fungibili è calcolato con il metodo della media ponderata;
- b) l'ammortamento delle immobilizzazioni materiali e immateriali si effettua per quote costanti, secondo le aliquote indicate nella tabella riportata nell'allegato 3. È fatta salva la possibilità per la regione di autorizzare l'utilizzo di aliquote più elevate; in tal caso, gli enti devono darne evidenza in nota integrativa. I cespiti acquistati utilizzando contributi in conto esercizio, indipendentemente dal loro valore, devono essere interamente ammortizzati nell'esercizio di acquisizione. Sono fatti salvi gli ammortamenti effettuati fino all'esercizio precedente a quello di applicazione delle disposizioni di cui al presente titolo;
- c) i contributi in conto capitale da regione sono rilevati sulla base del provvedimento di assegnazione. I contributi sono iscritti in un'apposita voce di patrimonio netto, con contestuale rilevazione di un credito verso regione;
- d) i contributi per ripiano perdite sono rilevati in un'apposita voce del patrimonio netto sulla base del provvedimento regionale di assegnazione, con contestuale iscrizione di un credito verso regione. Al momento dell'incasso del credito, il contributo viene stornato dall'apposita voce del patrimonio netto e portato a diretta riduzione della perdita all'interno della voce «utili e perdite portati a nuovo»;
- e) le quote di contributi di parte corrente finanziati con somme relative al fabbisogno sanitario regionale standard, vincolate ai sensi della normativa nazionale vigente e non utilizzate nel corso dell'esercizio, sono accantonate nel medesimo esercizio in apposito fondo spese per essere rese disponibili negli esercizi successivi di effettivo utilizzo;
- f) le plusvalenze, le minusvalenze, le donazioni che non consistano in immobilizzazioni, né siano vincolate all'acquisto di immobilizzazioni, nonché le sopravvenienze e le insussistenze, sono iscritte fra i proventi e gli oneri straordinari;
- g) lo stato dei rischi aziendali è valutato dalla regione, che verifica l'adeguatezza degli accantonamenti ai fondi rischi e oneri iscritti nei bilanci di esercizio degli enti. Il collegio sindacale dei suddetti enti attesta l'avvenuto rispetto degli adempimenti necessari per procedere all'iscrizione dei fondi rischi ed oneri ed al relativo utilizzo;
- h) le somme di parte corrente assegnate alle regioni, a titolo di finanziamento ordinario del Servizio sanitario nazionale, tramite atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale standard e delle relative fonti di finanziamento, sono iscritte dal responsabile GSA nella propria contabilità generale, come credito e contestualmente come passività per finanziamenti da allocare. Ai fini della contabilizzazione della mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva, si prende a riferimento la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province autonome ed inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno sanitario regionale *standard*.

Il DLGS 118/2011 è stato inoltre attuato nelle Autonomie speciali dopo l'anno 2012: in Sicilia a partire dall'anno 2014 e nelle restanti Autonomie speciali a partire dal 2015. Con queste ultime è in corso un lavoro volto a garantirne la corretta e puntuale

applicazione, in ossequio alla finalità del DLgs 118/2011 con riferimento alla armonizzazione contabile, con l'obiettivo di rendere i bilanci sanitari dell'intero SSN omogenei e confrontabili nel tempo e fra i diversi enti.

7.3 - Metodologia per la verifica del risultato di gestione

La metodologia per la verifica del risultato di gestione, valutato una prima volta in occasione della verifica dei conti economici relativi al IV trimestre per dare attuazione all'art. 1, c. 174 della L 311/2004 e, definitivamente, in occasione dell'acquisizione del conto consuntivo, per la conclusione della valutazione del sistema premiale annuale, tiene conto di quanto espressamente previsto dal DLgs 118/2011, dalla circolare ministeriale del 28 gennaio 2013, dal decreto ministeriale 17 settembre 2012 in merito alla casistica applicativa, dalla circolare ministeriale del 25 marzo 2013.

Il risultato di gestione viene desunto a partire dal conto economico (CE) consolidato regionale del Servizio sanitario regionale inviato al NSIS previa verifica della corretta contabilizzazione delle voci di entrata AA0030 e AA0040 nonché della mobilità sanitaria extraregionale e della loro coincidenza con quanto riportato nel bilancio regionale, perimetro sanità e con quanto riportato negli atti formali di riparto.

In attuazione di quanto disposto dall'art. 20 del DLgs 118/2011, come modificato dal DLgs 126/2014, sono effettuate dai Tavoli tecnici le verifiche della coerenza delle iscrizioni concernenti:

- il finanziamento ordinario corrente (quota indistinta) accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento;
- il finanziamento sanitario ordinario corrente (quota indistinta) iscritto nel modello CE, voce AA0030, con le fonti di finanziamento definite nell'atto formale di determinazione del fabbisogno sanitario regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- il finanziamento per obiettivi di piano e per somme vincolate o finalizzate accertato ed impegnato sul bilancio regionale, perimetro sanità, e la sua coerenza con gli atti formali di riparto;
- il finanziamento sanitario vincolato e per obiettivi di piano iscritto nel modello CE, voce AA0040, con le fonti di finanziamento contenute negli atti formali di riparto del finanziamento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel bilancio regionale, perimetro sanità, con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento;

- la mobilità sanitaria extraregionale attiva e passiva iscritta nel modello CE⁷⁹ con la matrice della mobilità extraregionale approvata dal Presidente della Conferenza delle Regioni e delle Province Autonome inserita nell'atto formale di individuazione del fabbisogno regionale *standard* e delle relative fonti di finanziamento dell'anno di riferimento e con le iscrizioni operate sul bilancio regionale, perimetro sanità;
- la quota dei gettiti derivanti dalle manovre fiscali regionali destinata obbligatoriamente al finanziamento del SSR per le regioni sottoposte ai Piani di rientro, iscritta obbligatoriamente nel bilancio regionale triennale, nell'esercizio di competenza dei tributi. La predetta iscrizione comporta l'automatico e contestuale accertamento e impegno dell'importo nel bilancio regionale.

Nel caso in cui si rilevino delle differenze tra le contabilizzazioni attese sul bilancio regionale, perimetro sanità, a partire dagli atti di riparto, e quelle effettivamente accertate ed impegnate dallo stesso, se ne tiene conto nella determinazione del risultato di gestione ancorché tali differenziali siano iscritti sul modello CE consolidato regionale ed si raccomanda la regione all'adeguamento delle scritture contabili.

Viene richiesto alla regione di documentare la coerenza tra i conti economici degli enti del SSR, ivi ricomprendendo quello della GSA, ove presente, e il conto consolidato regionale, nonché l'applicazione dei principi di consolidamento intra regionali di cui alle voci contraddistinte dal codice "R" del modello CE di cui al decreto ministeriale 15 giugno 2012.

Nel calcolo del risultato di gestione si tiene conto di quanto previsto dall'art. 30 del DL 118/2011 in materia di destinazione degli utili aziendali. Sono inoltre verificate le iscrizioni concernenti la presenza di contributi da regione extra fondo per la copertura di extra LEA (codice CE AA0090) che necessitano di corretta e separata evidenza contabile nel bilancio regionale nell'ambito del perimetro sanitario. Ciò al fine di considerare tale entrata aggiuntiva a carico del bilancio regionale a compensazione dei costi sostenuti nell'esercizio dal SSR per l'erogazione di prestazioni aggiuntive rispetto ai LEA e presenti nel modello CE.

Nel calcolo del risultato di gestione viene esclusa e valutata separatamente la voce concernente i contributi da regione extra fondo per la copertura di LEA (codice CE AA0080) in quanto risorsa aggiuntiva regionale rispetto al finanziamento ordinario e all'ordinario sistema delle entrate proprie. Tale contributo si sostanzia nel conferimento di risorse aggiuntive regionali per il raggiungimento dell'equilibrio economico per le quali la regione documenta la relativa coerenza con il bilancio regionale.

Viene valutata la coerenza degli accantonamenti per rinnovi contrattuali ed eventualmente rideterminato il risultato di gestione in ragione del minor importo accantonato, nelle more del relativo adeguamento da parte della regione.

⁷⁹ Si fa riferimento alle voci del modello CE identificate dai codici riportati nella seguente tabella:

MOBILITA' ATTIVA	AA0460	AA0470	AA0490	AA0500	AA0510	AA0520	AA0530	AA0540	AA0550	AA0560	AA0610
MOBILITA' PASSIVA	BA0090	BA0480	BA0520	BA0560	BA0730	BA0780	BA0830	BA0990	BA1060	BA1120	BA1550

Viene richiesta la documentazione (delibere, stanziamenti a carico del bilancio regionale, altro) attestante le iscrizioni riportate nel modello CE e una puntuale relazione di sintesi sulle stesse con riferimento alle voci del modello CE Riepilogativo regionale:

- AA0030 – “Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale indistinto”;
- AA0040 - “Contributi da Regione per quota Fondo sanitario regionale vincolato”;
- AA0070 – “Contributi da regione (extra Fondo) vincolati;
- AA0080 – “Contributi da regione (extra Fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura LEA;
- AA0090 – “Contributi da regione (extra Fondo) - risorse aggiuntive da bilancio regionale a titolo di copertura extra LEA;
- AA0100 – “Contributi da regione (extra Fondo) – altro;
- AA0280 – “Utilizzo fondi per quote inutilizzate contributi di esercizi precedenti da regione per quota Fondo sanitario vincolato”.

Viene effettuata anche una verifica delle contabilizzazioni delle entrate da payback farmaceutico.

Viene richiesta documentazione inerente la composizione delle voci:

- AA0250 – “Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - da regione per quota FS”;
- AA0260 – “Rettifica contributi in conto esercizio per destinazione ad investimenti - altri contributi”;
- BA2700 – “Accantonamenti per rischi”;
- BA2820 – “Altri accantonamenti”;
- EA0010 – “E.1) Proventi straordinari”;
- EA0260 – “E.2) Oneri straordinari”.

Una volta valutato il risultato di gestione, viene operata la verifica in ordine alla dimensione dell'eventuale disavanzo (art. 2, co. 77 della L 191/2009) al fine di valutare se ricorrano le condizioni che impongono la redazione di un Piano di rientro (si veda a tal proposito quanto riportato nella Sezione II).

Dall'anno contabile 2013 (in attuazione di quanto previsto dall'art. 3, c. 7 del DL 35/2013) viene richiesta la documentazione attestante l'avvenuta erogazione al proprio SSR, entro la fine dell'anno, di almeno il 90% delle somme che la regione ha incassato nel medesimo anno dallo Stato a titolo di finanziamento del SSN, e delle somme che la stessa regione, a valere su risorse proprie dell'anno, destina al finanziamento del proprio SSR. A maggior tutela del corretto utilizzo delle risorse destinate alla sanità, l'art. 1, c. 606 della L 190/2014 (Legge di stabilità 2015) ha previsto che, a decorrere dall'anno 2015, la predetta percentuale è rideterminata al valore del 95% e la restante quota deve essere erogata al servizio sanitario regionale entro il 31 marzo dell'anno successivo. Pertanto dall'anno 2015 la verifica è articolata in due momenti e si conclude dopo aver accertato l'erogazione del 100% delle risorse oggetto della verifica.

7.4 - Metodologia di analisi dello stato patrimoniale

Le principali innovazioni introdotte dal DLgs 118/2011 che rilevano sulla redazione delle poste patrimoniali sono:

- l'istituzione della Gestione sanitaria accentrata (GSA) quale specifico centro di responsabilità nella struttura organizzativa regionale deputato alla tenuta di una propria contabilità di tipo economico-patrimoniale e alla gestione delle operazioni finanziate con risorse destinate al Servizio sanitario regionale;
- la predisposizione da parte della GSA dello stato patrimoniale iniziale all'1/1/2012;
- la definizione degli enti ricompresi nel perimetro della sanità, che, quindi, sono ricompresi nel perimetro di consolidamento delle scritture del SSR da operarsi da parte della GSA;
- l'apertura di appositi conti di tesoreria intestati alla sanità sui quali sono versate le risorse destinate al finanziamento del fabbisogno sanitario regionale *standard*;
- la definizione dei libri obbligatori per la tenuta della contabilità e degli schemi di bilancio degli enti ricompresi nel perimetro di consolidamento del SSR ivi ricomprendendo la GSA.

Pertanto è stato necessario esaminare, da parte del Tavolo di verifica degli adempimenti e, congiuntamente con il Comitato LEA, per le regioni sottoposte ai piani di rientro, le scritture contabili relative allo Stato patrimoniale relativo all'esercizio 2011 in quanto propedeutico alla redazione dello Stato patrimoniale di apertura relativo all'esercizio 2012.

Durante le riunioni di verifica dello stato patrimoniale è stata effettuata l'istruttoria a partire dalle contabilizzazioni operate sul modello SP "Riepilogativo regionale" accompagnate da una puntuale relazione prodotta dalla regione e, per le regioni sottoposte a piano di rientro, anche dall'*advisor* contabile, in merito alle singole voci dello Stato patrimoniale (immobilizzazioni, rimanenze, crediti, attività finanziarie che non costituiscono immobilizzazioni, disponibilità liquide, ratei e risconti attivi, conti d'ordine, patrimonio netto, rischi e oneri, trattamento di fine rapporto, debiti, ratei e risconti passivi, conti d'ordine) che desse evidenza anche della puntuale attuazione del decreto legislativo n. 118/2011 e della casistica applicativa di cui al decreto ministeriale 17 settembre 2012. È stato inoltre chiesto alle regioni di allegare copia del bilancio d'esercizio, compresa la nota integrativa, il rendiconto finanziario e la relazione sulla gestione sia della GSA (ove esistente) sia del consolidato regionale.

In particolare l'istruttoria condotta si è concentrata sull'analisi delle seguenti voci:

- voci relative ai crediti del SSR verso lo Stato e verso la Regione, di cui è stata verificata anche la coerenza con le iscrizioni di bilancio regionale. Limitatamente ai crediti verso lo Stato è stata operata una riconciliazione con le corrispondenti iscrizioni presenti sul bilancio dello Stato a titolo di:
 - finanziamento indistinto;
 - finanziamento vincolato e per obiettivi di piano;
 - concorso statale per ripiano perdite;
 - ripiano selettivo dei disavanzi;

- fondo transitorio di accompagnamento;
- manovre fiscali regionali;
- il Fondo aree sottoutilizzate (FAS);
- disponibilità liquide, anche con riferimento all'istituzione di conti di tesoreria intestati alla sanità, ai sensi dell'art. 21 del DLgs 118/2011;
- voci del patrimonio netto, con particolare riferimento ai fondi di dotazione, agli investimenti, alla copertura delle eventuali perdite portate a nuovo; alla valorizzazione e movimentazione delle riserve a vario titolo costituite;
- voci relative ai fondi rischi e oneri;
- voci relative ai debiti.

A partire dall'esercizio 2013 l'analisi si è arricchita con la riconciliazione dei crediti verso regione con il bilancio finanziario regionale. Stessa riconciliazione è stata richiesta con riferimento alle voci del patrimonio netto: utili e perdite portate a nuovo e contributi per ripiano perdite.

È stata inoltre esaminata la coerenza delle iscrizioni relative ai debiti, in particolare verso fornitori, con i pagamenti effettuati a seguito dell'accesso all'anticipazione di liquidità ai sensi del DL 35/2013 e il rispetto dei tempi di pagamento di cui al DLgs 192/2012 di recepimento della direttiva 2011/7/UE.

Il monitoraggio dell'indicatore di tempestività dei pagamenti di cui al DPCM 22 settembre 2014 è effettuato annualmente ed aggiornato trimestralmente.

L'analisi delle iscrizioni contabili relative allo Stato patrimoniale avviata a seguito dell'implementazione del DLgs 118/2011, rispetto alle analisi condotte sui conti economici, potrà portare ad una effettiva sistemazione contabile solo in un arco di tempo pluriennale anche in relazione alla complessità di tale documento contabile.

7.5 - Certificabilità dei bilanci degli enti del SSR

In via ulteriore all'introduzione delle disposizioni del DLgs 118/2011 in materia sanitaria, e facendo sistema con esse, il SSN ha intrapreso il percorso in ordine alla certificabilità dei bilanci dei propri enti.

Tale previsione è contenuta anche nel Patto per la salute 2010-2012 del 3 dicembre 2009 all'art. 11 denominato "Qualità dei dati contabili, di struttura e di attività" nel quale il Governo e le Regioni hanno condiviso la necessità di pervenire alla certificazione dei bilanci sanitari, come peraltro auspicato anche dalla legge finanziaria per l'anno 2006.

A tal fine sono stati emanati i seguenti decreti:

- il decreto dedicato alla ricognizione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo contabili (DM 18 gennaio 2011 recante "Valutazione straordinaria dello stato delle procedure amministrativo-contabili necessarie ai fini della certificazione dei bilanci delle aziende sanitarie locali, delle aziende ospedaliere, degli IRCCS pubblici, anche trasformati in fondazioni, degli IZS e delle aziende ospedaliero-universitarie, ivi compresi i policlinici universitari" con cui è stato emanato il documento metodologico utile a consentire alle regioni di effettuare la valutazione

straordinaria delle procedure amministrativo contabili, di cui all'articolo 11 del Patto per la salute in materia sanitaria per il triennio 2010-2012);

- il decreto concernente le linee guida per la certificabilità (DM 17 settembre 2012) adottato ai sensi dell'articolo 1, comma 291, legge n. 266/2005, con il quale:
 - sono state emanate le norme in materia di certificabilità dei bilanci sanitari, intesa come obbligo per le regioni e gli enti del Servizio sanitario nazionale, coinvolti nella gestione della spesa sanitaria finanziata con le risorse destinate al Servizio sanitario nazionale, di applicare una regolamentazione della materia contabile e di un sistema di procedure amministrativo-contabili che le ponga in condizione, in ogni momento, di sottoporsi con esito positivo alle certificazioni ed alle revisioni contabili stabilite nel decreto;
 - è stata altresì emanata la casistica applicativa relativa all'implementazione e alla tenuta della contabilità di tipo economico-patrimoniale della GSA, nonché all'applicazione dei principi di valutazione specifici di cui all'art. 29 del DLgs 118/2011;
- il decreto ministeriale 1° marzo 2013 recante "Definizione dei Percorsi Attuativi della Certificabilità" (PAC) che ha definito il modello su cui redigere il PAC da parte delle regioni.

Le regioni hanno adottato formalmente il documento regionale contenente il PAC e sono in corso le attività di monitoraggio dell'attuazione di quanto previsto da ciascun PAC regionale da parte del Tavolo per la verifica degli adempimenti, congiuntamente con il Comitato LEA limitatamente alle regioni in Piano di rientro.

Le attività in ordine al raggiungimento della certificabilità dovranno concludersi entro 36 mesi dal loro inizio. Tuttavia, in considerazione di eventuali criticità riscontrate nell'attuazione, le regioni possono prevedere un aggiornamento delle scadenze.

In considerazione della complessa attività riguardante l'attuazione del DLgs 118/2011 e la definizione di ulteriori aspetti tecnici inerenti le scritture contabili, anche nell'ottica di pervenire alla certificabilità dei bilanci, è prevista la progressiva adozione di decreti ministeriali concernenti la casistica applicativa del DLgs 118/2011, anche in considerazione della necessità di individuare modalità di raccordo tra le previsioni contenute nel Titolo I e quelle contenute nel Titolo II del DLgs 118/2011, con particolare riferimento al collegamento tra le iscrizioni in contabilità finanziaria del bilancio regionale e quelle in contabilità economico-patrimoniale del SSN.

Bibliografia

- AIES – AGENAS (2010), "La metodologia per i piani di rientro".
- Aprile R., Palombi M. (2006), "How to take into account death-related costs in projecting health care expenditure", *Genus*, n. 1.
- CERISMAS (2010), "La contabilità generale nelle aziende sanitarie pubbliche: a che punto siamo?"
- Cislaghi C., Costantini F., Gabriele S., Innocenti F., Lepore V., Raitano M., Tediosi F., Valerio M., Zocchetti C. (2007), "A survey on the impact of death-related costs on health-care expenditure and demographics and health costs in Italy", ENEPRI Policy Brief no. 5.
- Economic Policy Committee - European Commission (2010a), "Joint report on health systems". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2010b), "Joint report on health systems – Country Fiches". Occasional Papers no. 74.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/occasional_paper/2010/pdf/ocp74_fiches_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2011), "The 2012 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 4.
- Economic Policy Committee - European Commission (2012), "The 2012 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 27 EU Member States (2010-2060)".
- Economic Policy Committee - European Commission (2015), "The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)", *European Economy*, no. 3.
http://ec.europa.eu/economy_finance/publications/european_economy/2015/pdf/ee3_en.pdf
- Economic Policy Committee - European Commission (2016), "Joint Report on Health Care and Long-Term Care Systems & Fiscal Sustainability"
https://ec.europa.eu/info/publications/economy-finance/joint-report-health-care-and-long-term-care-systems-fiscal-sustainability-0_en
- Economic Policy Committee - European Commission (2017), "The 2018 Ageing Report: Underlying Assumptions and Projection Methodologies", *European Economy*, no. 8.
https://ec.europa.eu/info/sites/info/files/economy-finance/ip065_en.pdf
- Istat (2007a), "Condizioni di salute, fattori di rischio e ricorso ai servizi sanitari – Anno 2005".
- Istat (2013), "Conti della protezione sociale. Anni 1990-2012".
<http://www.istat.it/it/archivio/89665>
- Istat (2014), "I nuovi conti nazionali in SEC 2010 – Innovazioni e ricostruzione delle serie storiche (1995-2013)".
<http://www.istat.it/it/archivio/133556>
- Istat (2015), "La cura e il ricorso ai servizi sanitari".
<http://www.istat.it/it/archivio/156420>

- Istat (2018), "Il futuro demografico del paese: previsioni regionali della popolazione residente al 2065".
https://www.istat.it/it/files/2018/05/previsioni_demografiche.pdf
- Massicci F. (2008), "Evoluzione, disciplina e prospettive dei Piani di rientro", Monitor, Anno VII, n. 22, pag. 20.
www.agenas.it
- Massicci F. (2012), "La spesa per la *long term care*", 10° supplemento al n. 30/2012 di Monitor, pag. 14.
- Ministero dell'economia e delle finanze (2013a), "Documento di Economia e Finanza 2013".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2013b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2013".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014a), "Documento di Economia e Finanza 2014".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2014b), "Nota di Aggiornamento del Documento di Economia e Finanza 2014".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2015), "Documento di Economia e Finanza 2015".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2016), "Documento di Economia e Finanza 2016".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2017), "Documento di Economia e Finanza 2017".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2018), "Documento di Economia e Finanza 2018".
- Ministero dell'economia e delle finanze (2019), "Documento di Economia e Finanza 2019".
http://www.rgs.mef.gov.it/VERSIONE-l/attivita_istituzionali/previsione/contabilita_e_finanza_pubblica/documento_di_economia_e_finanza/
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2011), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2011", Rapporto n. 12, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2012", Rapporto n. 13, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2012b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2012: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 13", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2013", Rapporto n. 14, Roma.

- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2013b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2013: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 14", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014a), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 1, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2014", Rapporto n. 15, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2014c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a ottobre 2014: Nota di Aggiornamento al Rapporto n. 15", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2015", Rapporto n. 16, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2015b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 2, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016a), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio-sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati al 2016", Rapporto n. 17, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016b), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 3, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2016c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Previsioni elaborate con i modelli della Ragioneria Generale dello Stato aggiornati a settembre 2016. Nota di Aggiornamento al Rapporto n.17", Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2015", Roma.
<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2015.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Anticipazioni del Rapporto n. 18, giugno, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017c), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 18, agosto, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2017d), "Il monitoraggio della spesa sanitaria", Rapporto n. 4, Roma.
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2007-2016", Roma.
<http://www.contoannuale.tesoro.it/cognos1022/samples/images/ANALISIDATI2007-2016.pdf>
- Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2018b), "Le tendenze di medio-lungo periodo del sistema pensionistico e socio sanitario. Rapporto n. 19, luglio, Roma.
http://www.rgs.mef.gov.it/Documenti/VERSIONE-I/Attivit-i/Spesa-soci/Attivita_di_previsione_RGS/2018/Rapporto_n19.pdf

Ministero dell'economia e delle finanze - RGS (2019a), "Commento ai principali dati del Conto annuale del periodo 2008-2017", Roma.

<http://www.contoannuale.mef.gov.it/ext/Documents/ANALISI%20E%20COMMENTI%202008-2017.pdf>

Ministero della salute (2009), "Rapporto nazionale di monitoraggio dei livelli essenziali di assistenza – Anni 2005-2006", Dipartimento della qualità – Direzione generale della programmazione sanitaria dei livelli di assistenza e dei principi etici del sistema.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_1072_allegato.pdf

Ministero della salute (2013), "Rapporto annuale sull'attività di ricovero ospedaliero. Dati SDO 2012", Dipartimento della Programmazione e dell'Ordinamento del Servizio Sanitario Nazionale. Direzione generale della programmazione.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2094_allegato.pdf

OECD (2006), "Projecting OECD Health and Long Term Care Expenditures: what are the main drivers?", OECD Economics Department Working Paper no. 477.

OECD (2013a), "OECD Health Data 2013".

OECD (2013b), "Public spending on health and long-term care: a new set of projections".

OECD (2014), "OECD Reviews of Health Care Quality: Italy 2014: Raising standards".

<http://www.oecd.org/els/oecd-reviews-of-health-care-quality-italy-2014-9789264225428-en.htm>

OECD (2017), "Health at a Glance 2017: Indicatori OCSE".

<https://www.oecd.org/italy/Health-at-a-Glance-2017-Key-Findings-ITALY-in-Italian.pdf>

OECD (2018), "Health at a Glance: Europe 2018".

<https://www.oecd.org/health/health-at-a-glance-europe-23056088.htm>

Palumbo F., La Falce M.G. (2008), "Strumenti e modalità per l'affiancamento alle Regioni in Piano di rientro", Monitor, Anno VII, numero 22, pag. 13.

www.agenas.it

SANIT (2011), Convegno "I Piani di rientro: opportunità e prospettive", Forum Internazionale della Salute.

http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_newsAree_1542_listaFile_itemName_0_file.pdf

WHO (2015), "World Health Statistics 2015".

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/170250/1/9789240694439_eng.pdf?ua=1&ua=1

WHO (2018), "World Health Statistics 2018".

<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272596/9789241565585-eng.pdf?ua=1>

WHO (2019), "World Health Statistics 2019".

https://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/2019/en/

Per informazioni e approfondimenti contattare:

- *Ispettorato Generale per la Spesa Sociale – igespes.rqs@mef.gov.it*

